LA SANTÉ MENTALE

de la biologie

a la culture

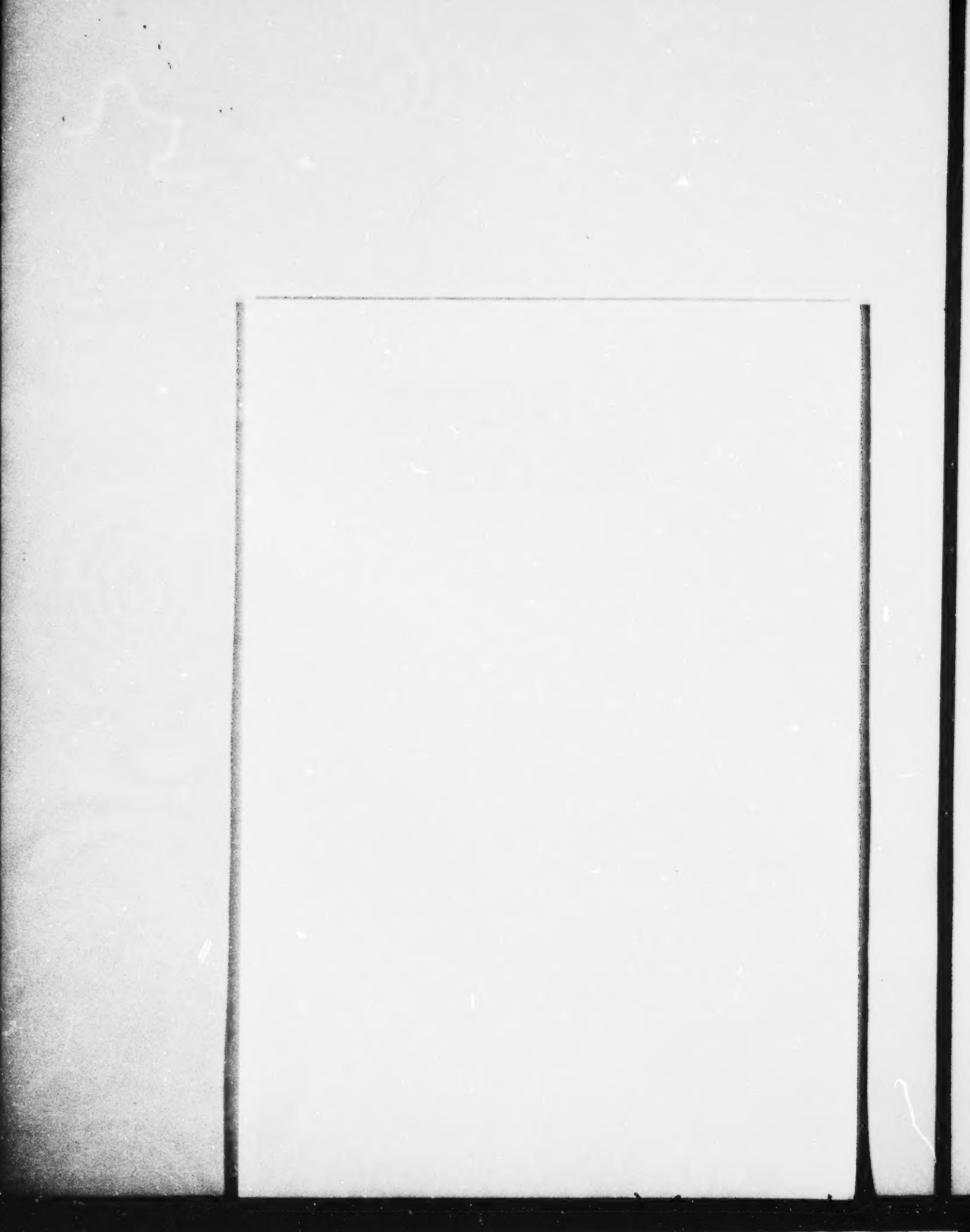
Québec

LA SANTÉ MENTALE

de la biologie

à la culture

Avis
sur
la
notion
de
santé
mentale



LA SANTÉ MENTALE

de la biologie

à la culture

Avis sur la notion de santé mentale

Québec

Cette publication a été produite
par la Direction générale des
publications gouvernementales

Dépôt légal — 3e trimestre 1985
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-551-09077-6
© Gouvernement du Québec

Table des matières

Note aux lecteurs IX

Remerciements XI

Introduction et chapitre premier
Une mise en contexte 1

1. Le contexte d'une définition 1
2. Les pièges d'une définition 4
   2.1 Un risque de normativité 4
   2.2 Le mythe d'une santé absolue 7
   2.3 Les risques du professionnalisme 8
3. Les avantages d'une définition 8
4. Les orientations choisies dans le cadre de cet Avis 9
5. Schéma de l'Avis 11

Chapitre deuxième
Diversités et convergences — les approches de la santé mentale dans différents champs sociaux au Québec 13

1. L'opinion des groupes sociaux rencontrés 13
   1.1 La dynamique suscitée par la consultation 14
   1.2 Point de vue privilégié au départ 15
   1.3 Des éléments de définition 15
   1.4 Les facteurs défavorables à la santé mentale 16
   1.5 Les moyens d'action proposés 18
   1.6 Un point de vue « incarné » 20
2. Synthèse de la consultation ouverte 20
   2.1 Des éléments de définition 21

2.2 Les facteurs influençant la santé mentale 23
A- Facteurs sociaux 23
B- Facteurs psychologiques 25
C- Facteurs biologiques 26
2.3 Types d'action à favoriser pour promouvoir la santé mentale 26

Chapitre troisième
Trois axes organisateurs de la santé mentale 29

1. Axe biologique 29
1.1 La paralysie générale 30
1.2 La révolution psychopharmacologique 30
1.3 Santé mentale et génétique 32
1.4 La précision du diagnostic et la recherche des marqueurs biologiques des maladies mentales 33
1.5 Les perspectives psychosomatiques sur la santé 35

2. Axe du psychodéveloppement 40
2.1 Modèle cognitif du développement 44
2.2 Le développement affectif 52
2.3 Modèle du développement psychosocial selon Erickson 55
2.4 Développement adulte 60
2.5 Développement du moi de Loevinger 64
2.6 Implications 65

3. Axe contextuel 71
3.1 Une approche systémique du contexte de la santé mentale 72
3.2 Un contexte général de société 74
3.3 Environnement familial et réseaux sociaux: le contexte relationnel de la santé mentale 108

Chapitre quatrième et conclusion
Des implications pour l'action 127

1. La santé mentale? 127
1.1 La question de la continuité 127
1.2 La relativité des signes et des critères 129

2. L'apport de la consultation 130

3. Quelques lignes de force qui ressortent des ouvrages consultés **131**
   3.1 Une approche multidimensionnelle **131**
   3.2 Quelques idées clé **133**
   3.3 Changement et diversité **134**

4. Des clés pour l'action **135**
   4.1 Des principes généraux **136**
   4.2 Quelques exemples **137**
   4.3 Des orientations générales pour une politique de santé mentale **140**

Bibliographie **143**

Liste des remerciements **155**

Note aux lecteurs

Le Québec n'a pas encore de politique globale de santé. Il ressemble en cela aux autres provinces canadiennes et à la plupart des pays industrialisés. Pineault et Lessard nous le rappellent dans un article qu'ils ont produit sur notre système de santé[1].

Cependant, en décidant en 1982 de procurer au Québec une politique globale de santé mentale, le ministère des Affaires sociales a pu, et fort heureusement, déclencher une opération susceptible de nous procurer éventuellement aussi une politique globale de santé comportant des objectifs opérationnels de restauration, de protection et de développement en rapport avec la santé physique et mentale des Québécois. En effet, compte tenu de l'importance de la santé mentale dans le domaine de la santé, on pourra être tenté de procéder au développement d'une politique globale de santé quand on aura mis au point au Québec une politique de santé mentale.

Relativement à cette dernière politique, notre Comité, à la demande du ministre des Affaires sociales, a développé au cours des deux dernières années un certain nombre de documents qui devraient servir à son développement. Ceux-ci portent précisément sur :

— la notion de santé mentale,
— les ressources alternatives en santé mentale,
— l'efficacité de la prévention, du traitement et de la réadaptation en santé mentale,
— la protection et le développement de la santé mentale des jeunes,
— et enfin certains systèmes étrangers de services de santé mentale.

Ces documents ont été élaborés avec l'appui de tout le secteur des Affaires sociales, des universités, des groupes bénévoles, des ressources alternatives et de la population en général.

En rendant public aujourd'hui le premier de ces textes, le Comité de la santé mentale du Québec tient à souligner qu'il est l'oeuvre principalement de quatre de ses membres, soit du *Dr Ellen Corin, Directeur de l'Unité de recherche psychosociale du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas*, du *Dr Frédéric Grunberg, m.d.*,

psychiatre à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, du *Dr Guylaine Séguin-Tremblay, psychologue au Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke*, et enfin de *Madame Lise Tessier, conseillère cadre au Service de la planification et de la programmation au Centre de services sociaux du Montréal-Métro*.

En regard du projet du Québec de se doter d'une politique de santé mentale, il apparaissait important de cerner davantage la notion de santé mentale, tout en considérant cependant les dangers qui peuvent découler d'une telle entreprise.

Le Comité de la santé mentale du Québec a été créé en 1971. Il a pour mandat général de coopérer à la réalisation des activités de planification dont le ministère des Affaires sociales a la responsabilité dans le champ de la santé mentale. Ses membres sont nommés par le gouvernement du Québec. Ils proviennent du secteur des Affaires sociales, des universités, et incluent des représentants des utilisateurs des services de santé mentale et de leurs familles.

Au moment de l'achèvement de cet Avis sur la notion de santé mentale, le Comité est composé comme suit :

Gaston Harnois, Président
Roger Paquet, Vice-Président
Ellen Corin
Nicole Fontaine
Christine Gourgue
Frédéric Grunberg
Michelle FitzGerald
Laurent Houde
Mireille Lajoie
Yves Lamontagne
Francine Lavoie
Maurice Roy
Guylaine Séguin-Tremblay
Lise Tessier et, enfin,
Pierre Vendette agit à titre de Secrétaire du Comité.

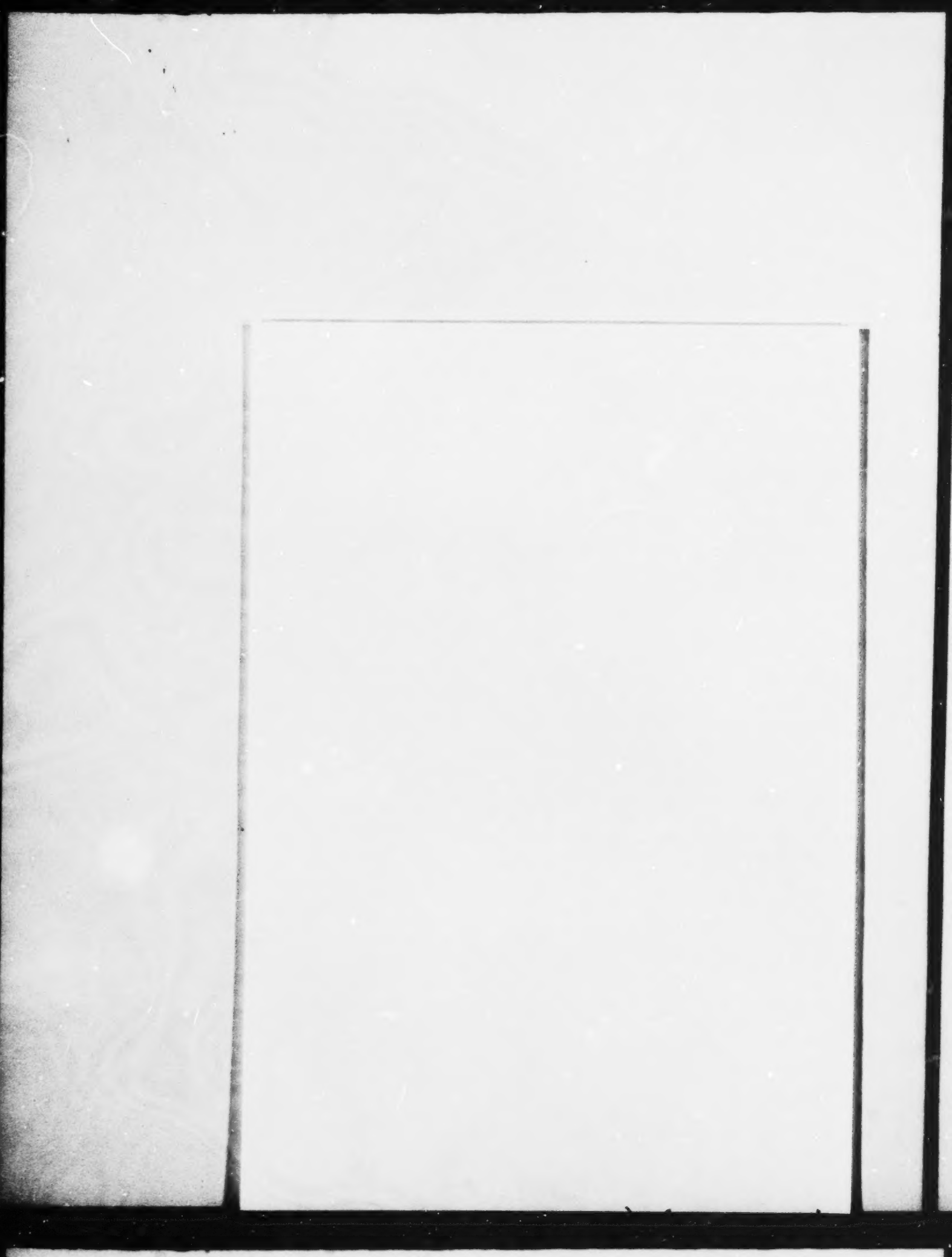
Gaston Harnois, m.d.
25 janvier 1985

---

1. Raynald PINEAULT et Richard LESSARD, « Le système de santé du Québec : objectifs de soins ou objectifs de santé ? », dans l'*Union médicale du Canada*, tome 113 (septembre 1984), pp. 750-754, 770.

Remerciements

Les principaux auteurs de cet Avis ont bénéficié de très nombreux et très précieux appuis pour sa préparation. On trouvera, à la fin de ce document, une longue liste de personnes et d'organisations auxquelles ils adressent des remerciements.



Introduction et chapitre premier

Une mise en contexte

1. Le contexte d'une définition

L'intérêt que manifeste actuellement le ministère des Affaires sociales pour la santé mentale s'inscrit *dans le cadre de l'évolution qui a marqué les services psychiatriques* au Québec depuis le début des années 60. Il n'y a pas lieu ici d'en analyser les différentes étapes qui ont déjà été signalées et étudiées (Boudreau, 1981, 1984; Wallot, 1980). Il nous suffit de rappeler que chacune d'elles peut être décrite en fonction de l'espace dans lequel s'inscrit la prise en charge, des acteurs sociaux qui y dominent et de la manière dont y sont définis les problèmes objets d'intervention (Boudreau, 1981). Cette ouverture du champ que manifeste le passage de la notion de maladie psychiatrique à celle de santé mentale n'est pas spécifique au Québec et se retrouve dans la plupart des pays occidentaux; en Amérique du Nord, elle a inspiré la publication de « Action for Mental Health » aux États-Unis (1961) et de « More for the Mind » au Canada (1959). On note une tendance similaire dans le champ de la santé générale, comme en témoigne la redéfinition des objectifs poursuivis par l'Organisation mondiale de la santé.

Le système ancien, asilaire, s'articule autour de la notion de folie. Cette dernière est gérée par des religieux et les fous ont le statut de « résidents ». Lors de la révolution tranquille, les psychiatres réformistes affirment leur domination sur le champ de ce qu'on appelle à présent la maladie mentale. Cette prise en charge médicale de la folie se traduit par une transformation des modèles de prise en charge. On assiste donc à la réforme des hôpitaux psychiatriques et à l'ouverture de départements de psychiatrie dans les hôpitaux généraux. Les fous acquièrent le statut de « patients ». L'époque actuelle se caractérise par un nouveau glissement en regard de ces différents points. Du côté des services, on assiste parallèlement à la multiplication des agents thérapeutiques (avec la place accordée désormais aux psychologues, travailleurs sociaux, infirmiers...) et au pouvoir croissant des technocrates sur l'organisation des soins. Les fous deviennent des « clients » et les lieux d'intervention tendent à se déplacer de plus en plus vers l'extérieur de l'hôpital. Dans ce

contexte, on parle de moins en moins de folie et de maladie et de plus en plus de santé mentale; le champ couvert par ce concept s'étend parallèlement et s'étoffe de nouvelles dimensions qui concernent ces franges de « mal-être » qui bordent le champ de la folie et pénètrent le vécu quotidien.

Alors que les décennies précédentes insistaient sur les stratégies à mettre en place pour assurer une lutte sur tous les fronts contre les maladies endémiques et infectieuses, les documents actuels parlent plutôt de la nécessité de viser « la santé pour tous en l'an 2000 ». Parallèlement, la définition de la santé s'élargit et implique un bien-être à la fois physique, mental et social et, dès lors, un élargissement des modes d'intervention.

On peut donner différents exemples des répercussions de cette nouvelle approche de la santé. *Sur le plan des politiques québécoises*, le rapport Castonguay-Nepveu s'est prononcé nettement pour la réintroduction de la santé mentale dans le champ de la santé en supprimant la structure parallèle des hôpitaux psychiatriques et en abolissant au Ministère la direction des services psychiatriques. Le courant qui tend actuellement à mettre l'accent sur la nécessité d'impliquer les services de première ligne dans la prévention et les interventions en matière de santé mentale va dans le même sens. *À un niveau opérationnel*, on peut citer l'accent mis actuellement sur l'étude de la santé fonctionnelle. Le recours à ce concept implique qu'il n'est pas suffisant de repérer des maladies ou des symptômes et qu'il faut également examiner les répercussions que les problèmes de santé ont sur les individus et sur leur existence quotidienne. Il faut noter que ce mouvement a été favorisé par la place que revêtent actuellement dans nos sociétés les maladies chroniques et dégénératives, qualifiées de « maladies du vingtième siècle ».

Au Québec, les études menées récemment par le Conseil des affaires sociales et de la famille ont ainsi substitué à la simple « espérance de vie » la notion « espérance de vie en bonne santé »; ceci a amené à redéfinir différemment l'ordre des priorités en matière d'intervention et de prévention (Dillard, 1982). Dans le champ de la santé mentale, l'enquête épidémiologique « Santé Québec » met également l'accent sur les répercussions que des problèmes de santé physique et mentale ont sur la manière dont les personnes s'inscrivent dans certains rôles sociaux (Kovess, 1982).

Au niveau scientifique, on retrouve un élargissement similaire des conceptions relatives à la santé et à la maladie. On peut dire que la pensée médicale occidentale moderne impliquait encore,

jusqu'à tout récemment, l'idée d'un dualisme entre corps et esprit. Dans d'autres traditions cependant, y compris dans la tradition hippocratique, cette dichotomie ne va pas de soi. Dans les systèmes médicaux traditionnels africains par exemple, la ligne de partage significative passe non pas entre maladies physiques et mentales, mais entre les maladies qui ne posent pas de problème particulier et celles qui suscitent un questionnement spécifique en regard de leur origine : que ce soit en raison du contexte, social ou personnel, dans lequel elles surviennent, de leur évolution ou de certains traits particuliers (Corin et Bibeau, 1980) ; cette démarcation joue un rôle déterminant dans le choix des interventions.

On peut dire que les théories psychosomatiques ont constitué une des premières tentatives scientifiques pour établir un pont entre les dimensions somatique et psychique du fonctionnement humain. Plus récemment, les études sur le stress et les mécanismes d'adaptation ont permis de mettre en évidence certaines des médiations neurophysiologiques qui articulent ce rapport entre corps et esprit, entre émotions et santé chez les individus. Elles ont également montré l'importance du rapport, toujours précaire, qui s'établit entre l'individu et son milieu. Dans ce contexte, l'idée d'une santé en soi fait place à celle d'un équilibre, à maintenir ou à reconstruire continuellement, entre des forces contradictoires ; la notion de mécanismes d'adaptation devient un concept clé. Il faut noter que l'adaptation est à comprendre ici dans un sens actif, très différent d'une adaptation-reflet, passive.

On assiste ainsi à deux mouvements convergents : celui qui redécouvre l'importance des composantes psychologiques et sociales dans la genèse et l'évolution des maladies organiques, et celui qui insiste sur les dimensions biologiques et génétiques impliquées dans les troubles psychiatriques ou émotionnels. L'idée dominante est celle d'une interaction entre des champs étiologiques multiples dans la genèse des problèmes de santé physique et mentale ; il faut ainsi concevoir de manière globale et intégrée les interventions dans le domaine de la santé mentale.

Nous retenons ici *deux implications* de ce mouvement d'ouverture de la notion de santé mentale :

— d'une part, il devient plus difficile d'établir une démarcation nette entre santé et maladie ;
— de l'autre, le lieu de ce départage n'est plus situé dans l'individu seul mais implique la manière dont opère la rencontre entre l'individu et son milieu.

Devant une situation problématique particulière, il devient ainsi difficile, et relativement arbitraire, d'effectuer une distinction entre ce qui relève de l'individu et de ses potentialités, telles que données initialement ou telles qu'elles ont été modifiées par le milieu, et ce qui relève d'influences extérieures. C'est aux interrelations entre ces champs qu'il faut s'intéresser.

2. Les pièges d'une définition

Avant de préciser la manière dont nous avons procédé pour aborder cette question de la santé mentale et rédiger cet Avis, il nous paraît important de faire écho à nos préoccupations en regard des pièges que comporte tout essai de définition de ce qu'est ou n'est pas la santé mentale. La conscience de ces pièges nous a invités à une grande prudence dans notre travail, en même temps qu'elle a contribué à orienter les méthodes que nous avons adoptées et les repères que nous nous sommes fixés.

Nous allons examiner rapidement trois de ces pièges en nous attardant principalement sur le premier qui nous paraît particulièrement crucial.

2.1 Un risque de normativité

Un fait pathologique est généralement facile à délimiter à partir des traces visibles ou de la souffrance qui lui sont attachées. Dans le cas des problèmes de santé mentale, la situation se complique cependant en raison du fait que la plainte n'émane pas toujours du sujet lui-même et que le problème peut être désigné en dehors de ce dernier, soit par des membres de l'entourage soit par certaines décisions juridiques ou professionnelles. Cette difficulté a été largement mise en avant par les tenants de la théorie de l'« étiquetage social » qui insistent sur le caractère arbitraire de la désignation de quelqu'un comme fou par la société.

On retrouve cette même difficulté, encore accentuée, lorsque l'on cherche à définir ce qu'est ou n'est pas une bonne santé mentale. Trois modèles principaux ont guidé les positions dans ce domaine.

Le premier est un *modèle statistique*, où les comportements les plus courants dans un groupe social sont pris comme référence de ce qui est « normal » ou acceptable. La plupart des personnes s'accordent à critiquer ce premier modèle mais il inspire en fait souvent nos réactions spontanées à la déviance ou à la différence. Par ailleurs, dans le champ de la déficience mentale, la notion de quotient intellectuel, basée justement sur la grandeur de l'écart par

rapport à une performance moyenne, est un exemple type de cette manière de procéder. On sait de quelles critiques la notion de quotient intellectuel a été l'objet lorsqu'on a cherché à l'appliquer à la mesure des capacités intellectuelles de personnes de classes sociales ou de milieux culturels différents de ceux où les instruments avaient été étalonnés.

Le second est un *modèle gestionnaire*, qui passe par un examen de ce qui fait concrètement l'objet des interventions professionnelles et en tire une définition empirique du champ visé. Au Québec, comme dans la majorité des pays, ce qui continue à sous-tendre les pratiques orientées par des discours sur la santé mentale demeure généralement la maladie, ou la recherche d'une absence de maladie, telles que peuvent les définir des professionnels.

Le troisième modèle est un *modèle idéal*, où les comportements et états émotionnels sont évalués en fonction de normes ou de modèles de ce que devrait être une bonne santé mentale. On retrouve ici deux positions principales, l'une qui a des prétentions universalistes et l'autre qui insiste sur le fait que de telles normes varient d'une société à l'autre.

La première position cherche à énoncer certains traits qui permettent de définir ce qu'est une bonne santé mentale, quels que soient par ailleurs les comportements ou les attitudes valorisés par une société particulière. Comme exemple de cette position, qui est sans doute la plus répandue, on peut citer les écrits d'Erich Fromm (1971) et ceux de Jahoda (1958). En élaborant ses critères à portée universelle, Fromm voulait mettre en cause les orientations de la société capitaliste postindusrielle et les normes qu'elle encourageait. Parmi ses critères de bonne santé mentale, on peut citer par exemple : la capacité d'établir des relations avec autrui par opposition au narcissisme, la transcendance et la créativité par opposition à la destructivité, l'enracinement interpersonnel et l'amour fraternel par opposition à l'amour incestueux, un sentiment d'identité, d'individualité par opposition à une conformité grégaire.

Les critères de santé mentale indiqués par Jahoda parlent plutôt de l'actualisation de soi, de l'autonomie et de la maîtrise environnementale. Entre les deux auteurs, on assiste ainsi à un glissement des références vers l'individu lui-même, au détriment de son ancrage dans un champ relationnel. On peut dire que des mouvements comme celui du potentiel humain font écho à cette position normative de Jahoda en la popularisant et la traduisent dans des formes d'intervention populaires.

Il est facile de voir que de tels critères renvoient à des valeurs et aspirations fondamentales qui épousent étroitement les orientations des sociétés occidentales contemporaines, particulièrement en Amérique du Nord. Murphy (1982) note que les discours sur la santé mentale entrent dans le champ des jugements de valeur et non dans celui des réalités scientifiques, ces jugements de valeur pouvant varier suivant les sociétés ou même selon les classes sociales. La place associée par Jahoda à l'autonomie individuelle, plutôt qu'à un enracinement communautaire, en est un exemple frappant.

La seconde des positions, celle du relativisme culturel, insiste sur le caractère toujours culturellement situé des discours que nous pouvons tenir sur la santé mentale. Un sociologue québécois a ainsi récemment montré qu'il existe une sociologie implicite aux discours et théories sur la santé mentale et que les projets thérapeutiques concrets renvoient eux aussi à cette sociologie implicite de l'intervenant (Sévigny, 1983).

De manière très concrète, ceci signifie qu'une définition de la santé mentale risque de refléter les valeurs et aspirations d'une fraction de la population, celle qui prend en charge cette définition. Ceci a deux types de conséquences: d'une part, les autres groupes sociaux risquent d'avoir du mal à se reconnaître dans la définition proposée; de l'autre, les jugements que l'on porte à partir de cette définition sur ces autres groupes qui s'écartent d'un contenu posé à priori risquent d'être formulés de façon essentiellement négative.

Ceci nous amène à poser *un certain nombre de questions concrètes* en regard de notre travail:

1. qui sera le définisseur de la santé mentale?

   Dumont (1981) a récemment caractérisé notre société par une institutionnalisation de plus en plus grande du savoir, à laquelle correspond le pouvoir grandissant des experts; l'utilisation de mécanismes de consultation populaire peut, très partiellement, permettre d'atténuer les effets de ce processus.

   À côté de cette tendance, on observe aussi l'importance grandissante de ce que l'on pourrait appeler les communautés proches, quotidiennes, comme points de référence pour les individus. Les associations et groupes de base qui se multiplient dans tous les domaines en sont une manifestation. Ils paraissent promouvoir une culture en mouvement et être un lieu d'intervention, de redéfinition des valeurs; il serait sans doute important de chercher à saisir ce qui s'y articule comme nouvelles définitions, de la santé mentale notamment;

— *au niveau des services*, offrir par exemple des services psychiatriques et psychologiques dans la langue d'origine des personnes, promouvoir la désinstitutionnalisation et la « démédicalisation ».

1.6 Un point de vue « incarné »

Ces quelques données et celles qui sont reprises en annexe montrent que la manière dont les organismes contactés abordent la question de la santé mentale est loin d'être purement théorique ou abstraite. C'est à partir du contexte dans lequel chacun des groupes s'inscrit dans le champ social que les définitions et les analyses ont été énoncées. Elles montrent que la santé mentale parcourt les différents domaines de la vie et qu'elle est perçue comme intimement liée à un contexte social et interpersonnel, ainsi qu'aux conditions de vie très concrètes dans lesquelles vivent les personnes.

Nous voyons ainsi que des définitions strictement « humanistes » ou individuelles, comme celles que véhicule tout un courant de pensée dans la société nord-américaine, ne captent qu'une partie de ce champ de la santé mentale tel qu'il a été appréhendé et explicité par les personnes que nous avons interrogées. On a souvent l'impression que pour ces dernières, la santé mentale constitue un point de vue sur les choses plus qu'un domaine distinct. Le manque d'élaboration de ce qui concerne la dimension biologique de la santé mentale traduit vraisemblablement un manque d'information et une absence d'intérêt pour un domaine aussi spécialisé.

Il faut évidemment tenir compte que c'est en tant que représentants de certains champs sociaux que ces personnes ont été interrogées, et que cela a sans doute influencé les analyses qu'elles nous ont livrées dans le sens d'une plus grande attention à la dimension sociale de la santé mentale.

2. Synthèse de la consultation ouverte

Le texte qui suit présente l'essentiel d'une synthèse effectuée par Christian Boutet à partir de documents soumis au Comité de la santé mentale du Québec pour répondre à une consultation populaire du comité.

L'identification des répondants à la consultation est reprise en annexe.

Les documents reçus proviennent de 23 sources. Leur diversité ne nous permet pas de prétendre offrir une synthèse représentative des opinions d'un ensemble d'organismes publics ou parapublics.

2. dans quelle mesure et de quelle façon peut-on intégrer la diversité et la différence dans une définition de la santé mentale?
   Nous verrons plus loin qu'une définition basée sur le processus plus que sur le contenu nous paraît plus intéressante.

2.2 *Le mythe d'une santé absolue*

Murphy (1982) a mis dernièrement en relief un autre aspect de la difficulté de définir la santé mentale en montrant qu'il n'y a pas forcément de correspondance entre une absence de pathologie et une bonne santé mentale. Certains indices permettent en effet de penser que les sociétés qui se rapprochent le plus de la définition normative de la santé mentale qu'a proposée Jahoda sont aussi celles dans lesquelles on observe le plus de phénomènes de psychopathologie. Ceci s'explique si l'on considère que la concrétisation de cette définition implique l'éveil à de nouvelles aspirations et à de nouveaux besoins par rapport auxquels on est amené à prendre certains risques, avec l'anxiété et les symptômes divers qui peuvent en résulter.

Ainsi, il est possible qu'une certaine quantité de problèmes psychiatriques constitue un sous-produit inévitable de l'émergence de nouvelles aspirations alors qu'une absence totale de symptômes serait non seulement impossible mais également, peut-être, non désirable. De manière corollaire, le fait de viser une bonne santé mentale ne signifie pas une élimination de toute pathologie. Ceci nous invite à nouveau à une conception plus dynamique de la santé mentale considérée comme une tension vers un équilibre plus que comme un état fixe.

D'autre part, on a l'impression que les images et modèles que véhiculent les média et un certain nombre d'organisations dans notre société contribuent à constituer un mythe de cet ordre et que l'extension donnée actuellement à une aspiration générale vers un bien-être physique, matériel, psychologique, social, véhicule justement ce mythe d'une santé absolue et vise à éliminer, au moins idéalement, le conflit et la souffrance de l'existence humaine. Une tendance similaire se retrouve dans certains projets éducatifs.

Il faut noter le rôle que l'Organisation mondiale de la santé a joué dans la diffusion de ce mythe en définissant en 1946 la santé comme un état de bien-être physique, biologique et social.

Dans ce contexte, on se révèle de plus en plus incapable d'assumer le manque, la frustration, l'angoisse. Se comparant à ces images idéales, les personnes sont amenées à s'évaluer sur « une

Notons cependant qu'une majorité de réponses (14) provient du réseau des Affaires sociales. Bien que 7 répondants s'identifient comme appartenant à un milieu hospitalier, deux seulement sont de profession médicale. Relativement peu de corporations professionnelles ont répondu et parmi elles, aucune association de médecins. Une autre absence importante est celle du réseau de l'éducation. Ce manque d'intérêt pour la consultation, notamment de la part de l'Association des psychiatres du Québec et des départements universitaires de psychiatrie, est pour le moins regrettable et surprenant. Enfin, aucun citoyen n'a répondu en son propre nom à notre consultation. Les autres répondants ont été des associations gouvernementales touchant une problématique spécifique (handicapés, femmes) et des groupements indépendants.

Il est difficile de savoir quelles conclusions tirer de la provenance des documents reçus. En effet, la distribution des avis de sollicitation, bien que généralisée à plusieurs institutions et agences d'information, n'a pu être étroitement contrôlée.

On peut cependant en retenir une tendance, dans le fait que les réponses proviennent surtout d'organismes impliqués dans la réflexion et la planification de programmes. La nature théorique même du sujet a pu écarter d'emblée des individus et des organismes confrontés à des problèmes plus spécifiques.

Organisation de la synthèse

Le résumé est organisé à partir d'une logique que nous avons abstraite d'une analyse de contenu de l'ensemble des documents reçus et qui, pas plus que dans le cas des entrevues avec les mouvements sociaux, ne prétend à l'exhaustivité. Nous avons voulu relever soit les points représentant des constantes à travers les documents, soit des points intéressants pour leur originalité.

Le texte se divise en trois grandes parties: les concepts touchant des éléments de définition de la notion de santé mentale, les facteurs perçus comme déterminants pour la santé mentale, les types d'action proposés pour favoriser la promotion de la santé mentale.

2.1 *Des éléments de définition*

Sur les 23 répondants, 12 offrent des éléments reliés à une ébauche de définition de la santé mentale.

Des organismes touchant une population bien définie et souvent marginale de par sa condition attirent l'attention sur la nécessité de

extraordinaire échelle d'insatisfaction » (Cornillot, 1977). On retrouve le même processus chez les professionnels dans leur difficulté à accepter les limites de leurs interventions.

2.3 Les risques du professionnalisme

Si l'on décide d'élargir les perspectives et de passer de la notion de maladie psychiatrique à celle de santé mentale, il faut simultanément élargir les schémas d'action et les agents d'intervention considérés, sous peine de « psychiatriser » des secteurs de plus en plus grands de la réalité individuelle et sociale. Murphy parle de la tentation d'« empire building » qui guette les professionnels de la santé mentale et qui se traduit par une tendance à considérer que tout ce qui n'est pas une santé mentale parfaite relève de la psychiatrie.

Nous reviendrons plus loin sur cette nécessité d'interroger le rôle du gouvernement et celui des services par rapport au maintien et à la promotion de la santé mentale.

Dans le même ordre d'idée, il faut aussi être conscient de l'effet d'entraînement que risque de générer le fait de confier au système de santé la responsabilité du bien-être physique, mental et social de la population. Ce mouvement, allié à la faible tolérance et à la frustration dont nous venons de parler, risque en effet de générer une demande qui se coule dans les mécanismes de réponse que lui proposeraient les nouveaux services créés. Ceci peut conduire à consulter le médecin ou le thérapeute chaque fois qu'interviennent une discordance ou des inquiétudes en regard de son positionnement social.

Ainsi, si la tendance à déléguer la responsabilité de ses problèmes n'est pas remise en cause en même temps que l'on élargit le champ couvert, on risque de générer une augmentation de la dépendance à l'égard des services et des gouvernements.

3. Les avantages d'une définition

Malgré les nombreux pièges qu'elle recèle, et sur lesquels nous nous sommes abondamment étendus, une définition de la santé mentale comporte également un certain nombre d'avantages, tant au point de vue de la pensée et de la communication qu'à celui de l'action.

Au *niveau de la réflexion et de l'échange*, il pourrait être utile que les personnes qui se sentent concernées par la problématique de la santé mentale disposent d'un vocabulaire ou de concepts

communs qui orientent leur réflexion et précisent les contours et les articulations du champ concerné. Cet accord de base est indispensable pour la clarification et le développement de la réflexion sur ce thème, pour la communication et pour l'action tant individuelle que collective. On peut par ailleurs penser que des réflexions ou des interventions conduites à partir d'un concept qui demeure flou risquent de demeurer elles-mêmes imprécises ou de s'éparpiller dans des directions trop diverses pour générer une action originale et constructive.

Au *niveau de l'action*, et plus particulièrement à celui du développement des services de santé mentale, la méconnaissance de l'étendue et des frontières du secteur de la santé mentale a pu favoriser la concentration des services autour d'activités se situant de façon certaine dans ce domaine, au détriment du développement d'interventions plus créatrices ou plus diversifiées. L'importance que revêtent actuellement les services de deuxième ligne et l'accent sur le curatif dans les interventions sont des indices de ce processus. Une plus grande précision du concept de santé mentale pourrait ainsi vraisemblablement faciliter la diversification et l'orientation des interventions et des services dans le domaine de la santé mentale.

4. Les orientations choisies dans le cadre de cet Avis

Considérant à la fois les pièges et les avantages que recèle une définition de la santé mentale, il nous a paru essentiel que la démarche adoptée permette de dessiner les contours et les articulations principales du champ, plutôt que de se limiter à proposer une définition statique de ce qu'est ou n'est pas la santé mentale.

Cet Avis est dès lors *davantage orienté vers la définition d'une problématique, celle de la santé mentale, que vers celle d'un contenu comme tel*. Nous avons ainsi pris nos distances par rapport à la fonction de « régulateur social » qu'aurait impliquée une définition normative de la santé mentale, en nous donnant comme objectif d'indiquer des repères qui permettent de mieux comprendre comment agissent les processus liés à la santé mentale.

Comme fil conducteur pour organiser cette présentation de la problématique de la santé mentale, nous nous sommes référés aux études effectuées autour du *modèle vulnérabilité/stress* et autour des *mécanismes d'adaptation*, mais en les complétant ou en les explicitant de manière à orienter notre travail en fonction d'une véritable problématique de « santé mentale ».

Des travaux effectués dans le domaine du stress, nous retenons deux aspects principaux:

l'interdépendance entre dimensions biologiques, psychiques et environnementales;

une conception dynamique de l'adaptation qui n'est pas considérée en fonction de l'ajustement ou de la conformité mais dans un sens actif ou dynamique qui confère une importance égale aux forces qui viennent de l'environnement, et donc à l'ancrage dans un contexte, et à celles qui émanent de l'individu avec ses « coping mechanisms ».

L'impact du contexte intervient à deux niveaux principaux: à celui des pressions qu'il fait peser sur la personne et à celui de l'influence qu'il exerce sur les stratégies qu'élabore cette dernière pour les affronter. Quand on parle du contexte, il faut cependant toujours avoir conscience de ce que son impact dépend autant de ce qu'en perçoit la personne, ou de la signification qu'elle lui associe, que de ses caractéristiques objectives.

De la même manière, l'insertion de l'individu dans les processus d'adaptation se joue sur plusieurs plans parallèles: celui de ses potentialités, de leurs forces et de leurs limites, celui de ses stratégies d'adaptation « coping styles » et celui de son vécu subjectif et de son désir.

Le fait d'intégrer l'aspect individuel dans l'analyse permet de *compléter une vision objective, ou de l'extérieur, des processus en jeu par une perspective plus subjective* qui intègre des concepts tels celui de la qualité du vécu personnel qui peut être en contradiction avec ce que l'on en perçoit en tant qu'expert ou observateur extérieur. Ceci invite aussi à toujours s'interroger sur la place laissée, dans le champ social ou relationnel et dans nos interventions, aux démarches, désirs ou projets de vie des personnes particulières.

Il faut noter que la rencontre entre les potentialités d'une personne et les stimulations ou les réponses qui émanent de son milieu ne constituent ni un événement ponctuel, et détaché d'une trajectoire, ni une donnée stable. *Elle se construit au cours d'une histoire*, selon un processus que l'on qualifie d'« épigenèse »; les transactions qui s'établissent à chacune des étapes du développement s'appuient sur les interactions et les échanges qui ont eu lieu durant les étapes antérieures.

Le rapport entre les forces environnementales et les potentialités individuelles est toujours *dynamique*; l'équilibre ne peut se maintenir, dans le cas où l'une de ces deux composantes est fortement

atteinte, qu'en vertu d'une force particulière de l'autre composante. Si la personne se révèle particulièrement vulnérable, que ce soit de manière constitutionnelle ou acquise, ou si l'environnement est particulièrement défavorable, des difficultés importantes se manifestent généralement. Lorsque l'autre composante manque de force ou d'habilité nécessaire pour rééquilibrer le processus, il faut qu'une intervention externe permette de médiatiser le rapport entre les deux composantes: soit en fournissant une structure d'appoint, soit en permettant à chacun de redéfinir sa position et ses droits dans l'échange.

Le fait de mettre l'accent sur les processus d'adaptation, compris dans le sens que nous venons de leur donner dans le cadre d'une réflexion sur la santé mentale, permet d'attirer l'attention sur des interventions visant peut-être moins à solutionner des problèmes qu'à libérer et *épauler des stratégies* d'affrontement de problèmes ou de situations. Sur un plan plus académique, ceci rejoint l'importance que la littérature médicale actuelle accorde aux « coping styles ». On peut penser que c'est en fin de compte cet accent particulier qui permet peut-être d'effectuer un départage entre des interventions orientées vers des problèmes de santé mentale et des services psychiatriques centrés sur les maladies mentales.

Sur le plan de la méthode adoptée, nous avons aussi tenu compte des données concernant les maladies mentales, et cela pour trois raisons principales:

parce que, malgré tout, ces maladies mentales handicapent l'accès à une bonne santé mentale et que leur étude révèle certaines des conditions de la santé mentale;

parce que les données sont plus nombreuses et plus faciles à valider dans ce domaine;

parce que les maladies mentales constitueront vraisemblablement le « noyau dur » de la politique de santé mentale, même si elle ne peut s'y réduire.

5. Schéma de l'Avis

Sur la base de ces différentes considérations, nos travaux se sont orientés dans deux directions.

En réponse à ce que nous avons repéré comme un risque de normativité, nous avons cherché à rendre compte de la diversité des points de vue sur la santé mentale tels qu'on les trouve exprimés dans la société québécoise. Dans ce but, nous avons lancé une consultation visant à permettre à différents établissements, groupes sociaux et individus d'exprimer leurs conceptions sur ce qu'est la

santé mentale, sur les conditions qui la favorisent et qui l'handicapent et sur les interventions à favoriser dans ce domaine. Il est dans les faits rapidement apparu que les répondants appartenaient surtout à des milieux professionnels directement concernés par les problèmes de santé mentale. Pour étendre la gamme des opinions recueillies, nous sommes alors allés rencontrer personnellement les responsables de divers groupes sociaux, et avons parlé avec eux à bâtons rompus des thèmes faisant l'objet de la consultation et de la place qu'occupe la santé mentale dans leurs préoccupations. Le *chapitre 2* fait écho à ces différentes consultations. Il vise à faire ressortir deux points : d'une part, la diversité des points de vue sur la santé mentale, et de l'autre, la manière dont des ancrages sociaux particuliers orientent les conceptions touchant à la santé mentale. Cette démarche demeure cependant exploratoire ; elle ne prétend ni à la représentativité, ni à l'exhaustivité. Elle aurait dû être complétée par des enquêtes plus générales auprès de ceux que l'on peut appeler des « citoyens ordinaires » mais le temps et les moyens dont nous disposions ne nous l'ont pas permis.

Dans le *chapitre 3*, nous avons rendu compte de ce qui ressort de la littérature relative au champ de la santé mentale et à ses conditions. Nous avons organisé les données recueillies autour de trois axes distincts qui répondent aux orientations précisées plus haut :

un axe biologique qui cherche à mieux cerner l'aspect génétique et physiologique des potentialités individuelles en regard de la santé mentale ainsi que, de manière plus générale, la dimension biologique qui parcourt tout le champ de la santé mentale ;

un axe de développement qui examine la manière dont se constituent les relations de l'individu au monde qui l'entoure : dans les registres cognitifs et affectifs plus particulièrement, suivant un processus qui influencera profondément ses stratégies et son vécu ultérieurs ;

un axe contextuel qui examine les conditions de contexte qui, tant à un niveau de la société qu'à un niveau interpersonnel, influencent les problèmes que rencontrent les individus et les stratégies qu'ils élaborent pour y répondre.

Enfin, dans le *chapitre 4*, nous avons examiné les implications des orientations dégagées en regard des interventions à promouvoir, des services à épauler ou à développer et, plus généralement, en regard d'une politique de santé mentale. Ce chapitre permet de déboucher sur des recommandations concrètes qui clôturent cet Avis.

Chapitre deuxième

Diversités et convergences
Les approches de la santé mentale dans différents champs sociaux au Québec

En insistant plus haut sur le caractère normatif des aspirations et valeurs qui sous-tendent toute définition de la santé mentale, nous avons relevé la nécessité de diversifier les points de vue et d'associer d'autres « définiseurs » à notre projet. Rappelons que nous avons procédé pour cela de deux manières différentes: par une consultation ouverte et par des entrevues libres avec des représentants de différents groupes sociaux.

Nous avons demandé à monsieur Christian Boutet d'effectuer pour nous un premier dépouillement des documents reçus en réponse à cette consultation ouverte. La seconde partie de ce chapitre reprend les points essentiels que nous avons retenus de la synthèse qu'il nous a présentée.

En ce qui a trait à la consultation directe des représentants de groupes sociaux, nous avons demandé à madame France Fréchette-Duchesne de choisir et de contacter les groupes, d'avoir une entrevue semi-directive avec leurs représentants et de préparer un rapport basé sur une analyse de contenu des réponses et reprenant l'essentiel des données recueillies au cours de ces entrevues. Dans la première partie de ce chapitre, nous présentons de manière succincte ce qui nous paraît le plus significatif dans les réponses recueillies, en regard de notre projet.

1. L'opinion des groupes sociaux rencontrés

Dix-huit organismes ont été contactés dans le cadre de cette consultation directe et des entrevues semi-directives ont eu lieu avec des représentants de chacun d'eux. La liste de ces groupes est reprise en annexe. Mentionnons simplement ici qu'ils couvrent des champs divers: des mouvements sociaux, rejoints à travers des écologistes, des pacifistes, des féministes, des partisans du développement coopératif et de la défense des droits; des milieux de vie avec des représentants du patronat et des syndicats, et des représentants de milieu scolaire et de regroupements de famille; des

groupes spécifiques tels que personnes âgées, jeunes, pauvres, chômeurs et immigrants. Le temps et les moyens dont nous disposions ne nous ont pas permis d'effectuer un échantillonnage des groupes dans chacun de ces secteurs. Pour effectuer notre choix des organismes, nous avons tenu compte de deux critères principaux: le fait qu'il s'agisse d'organismes non gouvernementaux à portée provinciale et une certaine « représentativité », subjectivement évaluée, par rapport au domaine considéré. Dans ce contexte, le degré de généralisation possible des données recueillies demeure très limité; nous avons surtout cherché à illustrer la diversité des points de vue et la manière dont cette dernière renvoie à la diversité des ancrages dans le champ social.

1.1 La dynamique suscitée par la consultation

Nous nous sommes rendu compte que si certains organismes avaient déjà des actions bien définies en regard de la santé mentale, la consultation elle-même a été l'occasion pour plusieurs d'entre eux de préciser des idées demeurant normalement plus implicites ou d'amorcer des réflexions dans un champ demeuré jusque-là marginal par rapport aux préoccupations du groupe.

Dans la première catégorie, on peut classer deux types d'organismes: le mouvement pour la défense des droits et les deux organismes syndicaux consultés. Le premier avait déjà formé un sous-comité concerné par la défense des droits des bénéficiaires hébergés en milieu psychiatrique. Du côté syndical, les entrevues ont rencontré des préoccupations concrètes ayant donné lieu à la consultation des membres ou à la formation de groupes de travail; les thèmes abordés à travers ces activités sont la qualité des soins en unité psychiatrique et les problèmes que peuvent développer dans ce domaine les employés eux-mêmes qui travaillent dans des services de santé. On nous a aussi mentionné un projet-pilote de dépistage et de prévention en milieu de travail.

Des préoccupations plus générales en matière de santé étaient par ailleurs manifestes dans les groupes de femmes, de personnes âgées et dans les mouvements écologistes et pacifistes; pour ces diverses associations, la santé mentale s'insérait tout naturellement dans ce contexte même si elle n'avait pas été l'objet d'une attention séparée.

Enfin, nous avons eu l'impression que notre démarche de consultation a été pour d'autres groupes l'occasion de commencer à s'interroger sur certains aspects spécifiques des problèmes de santé

mentale qui peuvent survenir chez leurs membres comme dans les groupes de chômeurs, de pauvres, d'immigrants.

L'intérêt est demeuré très modéré ou absent dans le cas des jeunes, des étudiants, du patronat et des partisans du mouvement coopératif.

1.2 Point de vue privilégié au départ

Lorsque l'on examine la manière dont les responsables des différentes associations ont choisi d'approcher, en début d'entretien, la notion de santé mentale, on se rend compte qu'ils ont d'emblée choisi de le faire à partir des cadres de référence de leur groupe respectif. Certains, qui appartiennent à ce que nous avons appelé plus haut des « mouvements sociaux », l'ont fait à partir d'un projet de société formulé par leur groupe et qui les amène à exposer un certain nombre de principes positifs (mouvement coopératif) ou de critiques touchant à l'organisation ou aux valeurs de la société contemporaine (écologistes ou pacifistes).

Dans les groupes qui représentent plus directement certaines catégories de personnes, les répondants sont partis des problèmes particuliers à leurs membres et ont souligné la fragilité particulière de certaines catégories de personnes; cette fragilité peut se trouver accentuée par les normes culturelles prévalentes (groupe de femmes) ou par des conditions matérielles et relationnelles difficiles (pauvres, chômeurs, immigrants).

D'autres ont abordé le thème de la santé mentale en partant des programmes mis au point par leur organisme: soit en soulignant le fait que certaines de leurs interventions visent directement la santé mentale (voir plus haut), soit parce que les répondants considéraient que le simple fait de participer aux activités qu'ils organisent peut avoir un effet de prévention important (organismes familiaux, personnes âgées, groupe de femmes).

1.3 Des éléments de définition

Généralement, les organismes consultés ont éprouvé la même difficulté que nous, à la limite le même malaise, devant la tâche d'avoir à donner une définition de la santé mentale. Certains ont souligné l'importance d'accepter ici la diversité, la différence (écologistes, pacifistes), dans une attitude qu'ils posaient comme directement associée à la santé mentale. Plusieurs (travailleurs, écologistes) ont, de manière explicite, exprimé leur refus d'une définition normative, c'est-à-dire à priori, de la santé mentale; dans ce cadre,

certains ont aussi indiqué la nécessité de permettre aux individus (défense des droits, travailleurs) ou à des groupes sociaux particuliers (pauvres) de définir ce qu'eux-mêmes considèrent être une bonne santé mentale.

Si l'on examine les aspects qui, malgré ces réserves, ont été associés à une définition de la santé mentale, on peut dire qu'ils sont situés à trois niveaux différents.

Le premier de ces niveaux est celui de l'*individu* lui-même. Certains mettent l'accent sur l'importance d'une démarche de type intérieure (patronat, pacifistes, organismes familiaux), comme le fait de s'assumer, de s'épanouir, alors que d'autres visent plus directement l'individu dans son rapport à l'action. Cette dernière attitude est souvent précisée en référence aux préoccupations principales des mouvements.

Parmi les réponses, nous relevons par exemple que les personnes âgées insistent sur l'autonomie, les jeunes et les organismes familiaux parlent tous deux de responsabilité alors que, de manière un peu inattendue, patronat et travailleurs se rejoignent en notant l'importance de réaliser des objectifs.

Le second niveau rejoint la *composante relationnelle* que nous avions relevée dans la définition que Fromm donne de la santé mentale. Certains la décrivent comme étant attitude vis-à-vis des autres, comme la confiance, l'absence d'antagonisme ou le sens des responsabilités; d'autres, les personnes âgées, parlent plutôt de l'importance de l'attitude des autres à leur égard (se sentir utile, aimé). À noter que patronat et syndicats se rejoignent à nouveau en soulignant l'intérêt des rapports non conflictuels avec les autres.

Le troisième niveau concerne plus généralement les *relations des personnes au milieu* dans lequel elles vivent: personnes âgées et immigrants parlent de la nécessité de pouvoir s'y adapter alors que les femmes parlent plutôt d'un ajustement nécessaire du milieu à l'indivivu. Cette convergence entre les discours des personnes âgées et des immigrants renvoie au sentiment commun de leur propre marginalité vis-à-vis du milieu dans lequel ils vivent.

1.4 Les facteurs défavorables à la santé mentale

Les discours les plus élaborés sur les facteurs défavorables à la santé mentale ont porté sur le registre social; des facteurs d'ordre plus psychologique ont également été cités ainsi que, mais beaucoup moins, des facteurs d'ordre biologique.

Dans le domaine social, les facteurs reflètent l'analyse que font les répondants de la société actuelle ou de conditions de vie plus spécifiques à certains milieux.

Une première catégorie de facteurs concerne le contexte culturel dans lequel nous vivons. Les répondants ont impliqué ici la rigidité avec laquelle sont définies les normes de réussite ou la normalité (écologistes), ou encore les rôles sociaux (féministes, immigrants); les personnes âgées ont aussi invoqué plus spécifiquement la rapidité des changements sociaux et l'inquiétude qu'ils suscitent en elles.

D'autres facteurs mettent davantage en cause le type de fonctionnement qui caractérise nos sociétés. Certains ont souligné son insistance sur la compétition et le stress qu'elles engendrent (pacifistes). On a aussi mentionné l'isolement et la solitude que tend à générer notre type de société (femmes, personnes âgées, immigrants mais dans le contexte plus particulier de leur propre déracinement), ainsi que la bureaucratisation (chômeurs), l'institutionnalisation et la prolifération des experts (écologistes, patronat).

D'autres facteurs concernent plus directement *certaines couches de la population*, comme l'accroissement du chômage (jeunes, chômeurs), l'instabilité de l'emploi (travailleurs), le caractère inégal de la croissance, avec la marginalisation et la dévalorisation qu'elle entraîne pour les plus démunis (pauvres). Des groupes très divers se sont rejoints pour souligner l'insécurité économique croissante et les répercussions qu'elle a sur toute une série de plans; on retrouve ici jeunes et personnes âgées, chômeurs et travailleurs, ainsi que les féministes. Les personnes âgées ont aussi mentionné les problèmes de logement.

Comme conditions défavorables à la santé mentale mais *plus spécifiques à certains milieux de vie*, on peut citer:

— dans le monde du travail, la transformation rapide des tâches qui demande une adaptation constante des travailleurs, l'organisation même du travail dans certains milieux, soit plus précisément le secteur des Affaires sociales et le secteur hospitalier; en milieu industriel, le type de tâches à effectuer et une absence de contrôle sur son travail (syndicats);
— en milieu scolaire, la conception de l'enseignement qui prévaut, tant au niveau du type de pédagogie exigé qu'à celui des apprentissages valorisés; un décalage entre cet enseignement et le vécu des enfants (enseignants et jeunes);

— dans les familles, la désorganisation des familles traditionnelles, les changements de rôle et les conflits entre générations en période d'immigration; organismes familiaux et travailleurs ont souligné l'importance des interactions familiales en regard de la santé mentale.

Enfin, le mode de *fonctionnement des structures de service* a également été évoqué parmi les facteurs pouvant affecter négativement la santé mentale: la complexité de leur organisation, qui amène insécurité et méfiance (immigrants), des interventions comme des placements d'enfants (pauvres) et la manière dont sont organisés les centres d'accueil (personnes âgées). Les représentants des personnes âgées ont plus particulièrement mentionné dans ce contexte l'absence de vie sociale et le non-respect du rythme individuel et de l'autonomie des personnes, en en soulignant les répercussions possibles sur la dépression et la confusion mentales.

Les *facteurs individuels* mentionnés par les répondants peuvent être répartis sur un continuum allant des répercussions que les problèmes culturels mentionnés plus haut ont au niveau des personnes (féministes), à des problèmes plus personnels qui font référence à un manque de contact avec sa propre identité (féministes, personnes âgées); entre les deux se situent des conditions directement rattachées par les répondants à des déficits ou à des manques survenus au niveau de l'éducation (pauvres, féministes) et qui rendent plus difficile de s'orienter dans le monde et d'y adopter des comportements positifs.

Des facteurs d'ordre *génétique ou biologique* ont été peu mentionnés (patronat, écologistes) et ceux qui en ont parlé y ont associé l'influence de facteurs environnementaux.

1.5 Les moyens d'action proposés

À part les étudiants, tous les organismes rencontrés ont relevé ou proposé certains moyens d'action pouvant contribuer à favoriser la santé mentale. Certains d'entre eux se situent directement dans le cadre de leur champ d'action alors que d'autres devraient intervenir à d'autres niveaux.

Au niveau des actions qui entrent *dans leur propre champ d'action*, des organismes ont parlé d'aménager des rencontres et colloques autour de thèmes généraux qui peuvent avoir un lien avec la santé mentale, comme la qualité de vie (personnes âgées), la santé des femmes (féministes), des questions de politique familiale

(organismes familiaux). Les écologistes ont aussi souligné l'impact positif direct du fait d'expérimenter des modes de vie alternatifs.

On a aussi mentionné des *actions plus spécifiques*. Il faut citer ici une participation active à des processus de négociation avec les employeurs et l'inscription, dans les conventions collectives, de questions pertinentes par rapport à la santé mentale (travailleurs, enseignants). D'autres ont cité des actions à portée préventive dans le milieu lui-même, comme l'accueil des personnes handicapées mentalement dans le milieu de travail, la mise au point d'actions de dépistage et de première intervention (travailleurs), la constitution de groupes d'entraide pour les familles (organismes familiaux) ou l'organisation de séances de sensibilisation et de discussion autour de thèmes pertinents (syndicats, défense des droits).

Parmi les interventions à portée plus individuelle, il faut citer les activités éducatives visant à induire des changements dans les personnes (féministes) ou dans les attentes et attitudes qu'elles développent (personnes âgées, travailleurs), la constitution de groupes de croissance et d'entraide (organismes familiaux), le travail au niveau de l'image de soi qui force par le fait même la participation aux activités du mouvement (personnes âgées).

Les personnes ont aussi proposé *des moyens d'action de plus grande envergure* relevant d'autres instances et faisant écho à ce qu'elles avaient dénoncé comme facteurs négatifs par rapport à la santé mentale :

— *au niveau de la société*, en invitant à changer les mentalités par le biais des média (patronat, féministes) ; en invitant à un changement dans les modes de vie et le style des rapports interpersonnels (jeunes), ainsi qu'à une amélioration des conditions de vie matérielles (personnes âgées) ; en proposant l'élaboration de politiques globales au niveau de la jeunesse, des personnes âgées, des familles ; en proposant une décentralisation des pouvoirs (écologistes) et l'association des personnes aux décisions qui les concernent (personnes âgées) ;

— *au niveau du milieu de travail, de l'école et de la famille*, une série de mesures ponctuelles furent suggérées : des programmes devant favoriser l'intégration des personnes handicapées en milieu de travail ; des mesures favorisant l'autonomie dans l'organisation de son travail quotidien ; la nécessité de réfléchir à la transformation actuelle du métier d'éducateur, de réviser la formation initiale des enseignants et de favoriser leur intégration dans des milieux défavorisés ;

donner une définition qui aille dans le sens de leur champ d'activité : l'importance de la qualité de vie à travers le fonctionnalisme physique (ergothérapeutes), le respect des cultures diverses et la nécessité de distinguer santé mentale et santé sociale (autochtones) ; pour l'O.P.H.Q., la santé mentale des personnes handicapées passe d'abord par une meilleure connaissance de ce qui est un handicap et par une meilleure acceptation de la personne handicapée elle-même par la population.

Les documents émanant de groupes de professionnels reliés plus directement à la santé mentale se permettent un plus grand recul pour offrir un point de vue global plus idéologique sur la notion de santé mentale. La Corporation des psychologues de la province de Québec souligne l'importance de prendre d'abord un point de vue théorique et de faire l'analyse des connaissances à ce jour. Une approche théorique proposée par un D.S.C. consiste à considérer la santé mentale comme une problématique dont on doit définir les cadres de référence. Le paramètre principal serait celui de la globalité, où l'on tiendrait compte de l'interaction entre santé physique et santé psychique. Deux autres paramètres sont importants : l'interaction entre les caractéristiques individuelles et celles de l'environnement ainsi que le relativisme de la notion de santé d'un milieu à l'autre.

Les concepts mis de l'avant touchent souvent la croissance personnelle et l'ajustement des besoins individuels en fonction du milieu (psychologues).

Même chez des organismes à portée sociale (C.L.S.C., C.S.S., D.S.C.), on demeure axé sur l'individu, ses besoins, ses capacités et la possibilité pour la personne d'exploiter ses propres aptitudes en situation difficile.

Trois organismes (C.S.S., C.L.S.C., G.Fr.C.) parlent davantage d'une interaction dynamique entre les caractéristiques de l'individu et celles de son environnement. Un seul parmi eux parle d'une articulation continue entre soi et les autres dans le sens d'un processus dynamique entre la spécificité individuelle et l'histoire sociale.

Notons que l'on retrouve chez un représentant du milieu médical (psychiatre) l'idée d'une ouverture de la notion à d'autres points de vue que celui du modèle médical centré sur la pathologie.

Lorsque l'on considère le contenu des définitions proposées, on retrouve donc plusieurs éléments touchant des caractéristiques individuelles : les besoins, les capacités, les forces, la résistance, la performance maximum. Ces dimensions sont des facteurs premiers

de santé mentale en ce sens qu'elles sont souvent perçues comme déterminantes pour un certain ajustement, une adaptation au milieu. Les définitions qui font plus de place aux caractéristiques environnementales se contentent souvent d'énoncer qu'elles jouent parfois un rôle en relation dynamique avec l'individu. Dans un seul cas, la modalité de cette interaction est énoncée plus en détail.

2.2 *Les facteurs influençant la santé mentale*

Seize (16) organismes offrent des idées touchant les facteurs influençant la santé mentale. Les personnes ou les organismes répondants proviennent ici surtout de centres hospitaliers et de centres de services psychosociaux (C.L.S.C., C.S.S.).

La plupart des facteurs énoncés sont d'ordre social. Viennent ensuite par ordre d'importance les facteurs psychologiques, les facteurs biologiques et enfin, les facteurs de l'environnement physique.

A- Facteurs sociaux

Les facteurs reliés au milieu familial, à la situation économique et aux valeurs et normes se trouvent presque ex æquo en importance si on se base uniquement sur le nombre de fois qu'ils ont été relevés.

Facteurs familiaux

Ce sont surtout les changements qui affectent la famille dans la société actuelle et l'état de transition dans lequel elle se trouve qui sont perçus comme exerçant une influence négative possible sur les enfants. Les répondants ont plus particulièrement mentionné les changements dans les valeurs qu'elle véhicule ainsi que ceux qu'elle subit dans sa forme même (famille monoparental, nouveaux rôles des parents). Dans ce contexte, les législations concernant les parents, le divorce, l'avortement peuvent aussi devenir agents négatifs. Le désengagement de la famille auprès des personnes âgées et la prise en charge de ces dernières par des services publics sont aussi perçus comme des facteurs de risque.

Dans un cas, le milieu familial perturbé, cause d'une enfance difficile, est cité comme facteur prédominant dans l'origine des troubles mentaux (infirmiers psychiatriques).

Pour des répondants directement impliqués dans le travail clinique, l'insertion de l'enfant dans la vie familiale est le facteur primordial de la santé mentale. Il s'agit de la famille non seulement en tant

que porteuse de règles et de normes mais en tant que lieu où l'enfant trouve une place dans un discours.

Facteurs économiques

Les facteurs de cet ordre sont notés comme prioritaires par un organisme. C'est l'influence des facteurs économiques sur les conditions de l'emploi et du travail lui-même qui fait ici l'objet d'attention.

Le chômage accru, conséquence d'une situation de crise économique, entraîne insécurité financière, perte de statut, désespoir, dévalorisation, sentiment d'impuissance et parfois, un déracinement dans le cadre de la recherche d'un nouvel emploi.

Sur un plan social, on note l'influence des conditions économiques sur la répartition de plusieurs éléments: les richesses, le travail, les loisirs. Un organisme (D.S.C.) situe le pouvoir aliénant de la situation économique autant dans les besoins créés par la nouvelle société de consommation et dans l'insuffisance des moyens financiers qui y correspondent que dans les situations de chômage comme telles.

Le travail lui-même est porteur de plus de stress, en raison de la pression à produire et de la menace d'une perte d'emploi.

Toutes ces pressions sont vues comme importantes surtout pour les individus responsables de famille et pour les moins de 30 ans qui voient leurs espoirs bloqués. Notons que les conditions économiques sont souvent présentées en fonction de leur impact sur les individus.

Valeurs, normes et culture

On relève surtout les valeurs liées aux changements sociaux qui ont accompagné l'industralisation et l'urbanisation. À ceci est relié le besoin de richesse et de consommation, la vie dans un système compétitif orienté vers un certain type de réussite, l'isolement des individus à l'intérieur de grands complexes urbains. La généralisation de la « société industrielle » entraîne une tendance à uniformiser les besoins et les modes de vie. Ceci crée de grandes perturbations, encore plus importantes dans les sociétés traditionnelles minoritaires (Grand Nord québécois).

L'influence de ces valeurs sociales sur la structure familiale a été mentionnée plus haut.

Outre ces grandes catégories de facteurs, d'autres sont mentionnées tel le milieu scolaire, mais sans détails sur leur mode d'action.

Un organisme apporte un point de vue original par rapport aux autres. Il note d'abord les aspects positifs des facteurs sociaux et parle d'une mesure de la santé mentale d'une communauté à partir de son tissu de ressources (C.R.S.S.S.).

Il est frappant de constater que dans la plupart des cas, l'univers social actuel est présenté comme un facteur négatif en soi par rapport à la santé mentale individuelle. Il y aurait des éléments inconciliables entre les besoins de la personne et la réponse fournie par la société (D.S.C.).

B- Facteurs psychologiques

Dans le domaine de la psychologie individuelle, deux pôles de facteurs prédominent: le pôle interne, le potentiel individuel pour l'autonomie et l'adaptation, et le pôle externe du stress. Bien qu'elle soit mentionnée moins souvent, la satisfaction des besoins représente le facteur psychologique le plus important pour 2 répondants.

Les caractéristiques du *potentiel adaptatif individuel* qui ont été identifiées peuvent se résumer ainsi: l'accessibilité à des moyens variés de résolution de problèmes, le pouvoir de produire, de comprendre son monde intérieur et extérieur et le pouvoir de contrôler ou de maîtriser ce qui entoure la personne. Il s'agit enfin du pouvoir de modifier son environnement. Pour le groupe qui représente les handicapés, la notion de potentiel est vue d'abord en terme de vulnérabilité.

La notion de « stress » est peu mentionnée en elle-même. On parle plutôt d'événements extérieurs à l'individu qui créent pression sur lui: on les situe surtout dans le domaine des normes sociales et des conditions socio-économiques, surtout dans leurs conséquences sur l'emploi. On peut inclure ici sous le nom de stress le point de vue de ce répondant pour qui c'est la tension entre la satisfaction des besoins psychologiques et la réponse offerte par le milieu qui est à l'origine des difficultés (D.S.C.).

En ce qui concerne les « besoins », on a mentionné des besoins psychologiques tels qu'aimer et être aimé, comprendre, maîtriser son monde; l'autonomie dans la satisfaction des besoins apparaît aussi comme une force.

L'estime de soi est décrite comme le facteur le plus constant associé à la santé mentale. Enfin l'isolement, dernier facteur psychologique associé à la maladie mentale, est vu à la fois comme un problème rural et un problème occasionné par l'urbanisation.

C- Facteurs biologiques

Cette catégorie est mentionnée par 10 répondants et trois d'entre eux lui donnent un rôle prépondérant. Ce sont des organismes liés de près à la santé physique (ergothérapie, CH).

Seul un médecin a décrit la manière dont agit ce facteur en mentionnant que l'organique influence la qualité de la réaction aux agents stressants.

2.3 Types d'action à favoriser pour promouvoir la santé mentale

Les suggestions apportées se divisent principalement en 2 catégories: les modes d'action proposés et les cibles de ces actions.

Dans les modes d'action, la prévention est fortement favorisée par rapport au traitement, à la réhabilitation et à la recherche.

L'information est la forme de prévention la plus populaire. Selon les répondants, cette information doit être le plus souvent dirigée vers la population générale pour démystifier le phénomène de la maladie mentale, pouvoir en reconnaître les signes et savoir qu'il existe des moyens de s'en sortir. Quelques répondants parlent de l'information nécessaire pour l'éducation de professionnels de première ligne, tels que médecins et infirmières.

Deux organismes (D.S.C. et C.R.S.S.S.) présentent des modèles de prévention touchant plusieurs niveaux tant individuel que communautaire et environnemental, qui visent la promotion et la protection de la santé. Dans la ligne des facteurs de risque déjà identifiés, la promotion du potentiel individuel d'adaptation et de maîtrise s'avère importante.

En prévention, on s'adresse à des populations telles que chômeurs, pauvres, divorcés, selon les problématiques propres aux répondants.

Chez ceux qui proviennent d'organismes de planification (D.S.C., C.R.S.S.S.), on vise plutôt une prévention en fonction des facteurs influant sur la santé mentale.

Chez les représentants d'une population minoritaire marginalisée, la participation du groupe sous forme de consultation est un élément essentiel à l'élaboration d'une vraie prévention. Pour les organismes planificateurs mentionnés plus haut, une vision globale du champ de la santé mentale suppose la participation de la population à travers le support ou tissu communautaire et s'intéresse aux relations interpersonnelles importantes pour le développement, comme celles de la famille, par exemple.

Les cibles d'action sont nombreuses et impossibles à détailler ici. Relevons les points frappants: les actions au niveau politique et sociosanitaires sont nettement privilégiées. Au niveau politique, on retrouve des suggestions visant à rendre plus de pouvoir à la population en ce qui concerne les décisions relatives à ses besoins en matière de santé mentale: consultation, décentralisation, éviter les concepts préétablis de santé mentale, viser l'individu, coordination des niveaux d'administration, participation à la gestion. On demande aussi une prise de position gouvernementale en faveur de la prévention.

Les actions sociosanitaires proposées sont surtout de l'ordre de l'information de masse, de l'éducation de petits groupes à travers les activités des organismes de service et de formation des professionnels.

L'éducation populaire serait dirigée dans le sens de la vie familiale et de la compétence parentale. D'autres activités viseraient directement l'assainissement de milieux sociaux, de l'école de même qu'un support par des professionnels aux groupes communautaires qui apportent un soutien à leurs membres. Les actions proposées sont le plus souvent des recommandations débordant le cadre d'action des répondants.

Conclusion

En conclusion, nous voulons attirer l'attention sur quelques points particuliers.

Comme dans le cas de la consultation des groupes sociaux, on retrouve ici encore un manque d'élaboration sur le plan des facteurs biologiques. Il faut dire que la connaissance de ces facteurs ainsi que de leur mode d'action est peu accessible à la population et demeure encore le domaine de la communauté scientifique. Celle-ci ayant peu répondu à l'appel de la consultation, la dimension biologique n'occupe pas suffisamment de place dans les témoignages qui ont été présentés.

En second lieu, quand on les compare aux positions des groupes sociaux, les témoignages rapportés ici font plus de place à une définition qui se rapporte au modèle idéal dont nous avons parlé dans notre introduction.

En troisième lieu, on retrouve ici encore le même élargissement des préoccupations vers le contexte social. On lui attribue une grande importance, aussi bien au niveau des facteurs d'influence qu'à celui des modes d'action proposés. Cependant, il est étonnant

de constater combien les mesures suggérées pour favoriser la promotion de la santé mentale demeurent d'ordre général. Il arrive qu'on insiste sur des mesures tellement globales qu'il est difficile de saisir comment dans le concret elles pourraient être abordées. C'est le cas par exemple des mesures d'information de la population. De telles mesures trouvent peu d'assise dans des données scientifiques.

Enfin notons que l'efficacité d'un moyen proposé par bon nombre des répondants — les campagnes d'information — reste à démontrer.

Chapitre troisième

Trois axes organisateurs de la santé mentale

Le chapitre 3 est consacré aux orientations de recherche touchant trois grands paradigmes en fonction desquels peut être abordé le champ de la santé mentale.

Rares sont les courants qui ont tenté d'intégrer les dimensions biologiques, psychologiques et sociales dans une approche de la notion de santé mentale.

L'orientation que nous avons choisie vise à indiquer la manière dont s'intègre un ensemble de dimensions qui participent à la composition de l'univers expérimental. La maturation structurale est reliée aux *composantes biologiques* en ce que ces dernières influencent le bagage de potentiel individuel et l'évolution psychologique de la personne. Pour décrire l'évolution de l'interaction individu-environnement, il est d'autre part important de connaître la manière dont se construisent les *modes de perception et d'action cognitifs et affectifs* individuels dans leur rapport à l'environnement. Il est enfin essentiel de mieux comprendre l'influence du contexte, tant interpersonnel que social et culturel, sur la situation d'individus et de groupes ainsi que sur les stratégies qu'ils utilisent. D'autres axes auraient pu être retenus pour aborder la notion de santé mentale. Le choix du Comité privilégie les champs jugés les plus pertinents pour l'intervention.

1. Axe biologique

Il serait peut-être utile de rappeler que la notion de « santé mentale » insérée dans le discours médical, à l'encontre de la « folie » appartenant au discours philosophique et religieux, est relativement récente et date de la fin du 18e siècle. En effet, Philippe Pinel dans son traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale a réussi un coup de force en contestant la partition datant depuis l'Antiquité où le philosophe se réservait « l'âme » et le médecin s'attribuait « le corps ».

Philippe Pinel créait ainsi tant sur le plan théorique qu'institutionnel la psychiatrie, branche de la médecine dont l'objet est le diagnostic et le traitement des maladies mentales.

1.1 La paralysie générale

Il faudra cependant attendre jusqu'en 1822 la découverte de l'anatomie pathologique de la paralysie générale par Bayle pour que la biologie s'approprie, du moins en partie, la santé mentale. L'histoire de la paralysie générale mérite que l'on s'y arrête car elle fait basculer résolument les causes de la folie du côté biologique et insère la maladie mentale dans un modèle médical théorique classique.

En effet, après que Bayle ait associé cette entité neuropsychologique à une méningo-encéphalite diffuse, cinquante ans plus tard Noguchi découvre le tréponème, l'agent infectieux de la syphilis dans l'encéphale des paralytiques généraux décédés et en 1917, Wagner Von Jauregg découvre la malariathérapie, ce qui lui vaut en 1927 le prix NOBEL de la médecine.

L'histoire de la paralysie générale fait rêver car, avec le contrôle de la syphilis par la pénicilline à partir de la fin de la Deuxième Guerre mondiale, une des grandes maladies mentales qui fait des ravages au 19e et au début du 20e siècle a pratiquement disparu du tableau actuel.

Cependant, mises à part les psychoses organiques, les infrastructures biologiques des grandes pathologies mentales telles que la schizophrénie et les psychoses maniaco-dépressives sont restées pour le moins très nébuleuses pour le restant du 19e siècle et la moitié du 20e siècle permettant aujourd'hui à certains tenants de l'antipsychiatrie, dans un décalage chronologique curieux, de nier l'existence des maladies mentales et d'opérer une « démédicalisation » du champ de la santé mentale.

1.2 La révolution psychopharmacologique

Tout au long du début de ce siècle, les thérapies biologiques telles que le cardiazol, l'insuline, l'électrochoc et la psychochirurgie ont été utilisées dans le traitement des grandes pathologies mentales, sur une base tout à fait pragmatique et en tout cas aveugle quant au mode d'action de ces interventions. Quant à la chimiothérapie, de tout temps on a utilisé des médicaments pour soulager l'angoisse et calmer l'agitation sans pour autant connaître le mode d'action de ces substances. En 1953, l'utilisation de la chlorpromazine — « le largactil » — dans le traitement de l'agitation des grands malades mentaux par Delay et Denniker met en évidence une observation cruciale : la disparition de symptômes psychotiques tels que délires et hallucinations sous l'effet d'une chimiothérapie. Pour

la première fois, un médicament agissait non seulement comme un sédatif ou comme certains pourraient dire une « camisole chimique », mais faisait disparaître le vécu psychotique et les comportements de la folie.

Cette importante constatation clinique ne nous éclairait pas pour autant sur l'infrastructure biologique des grandes pathologies mentales, mais nous permettait au moins d'en inférer leur existence sur une base empirique beaucoup plus solide que par le passé. Il est ironique de relever que c'est à partir de l'étude des effets secondaires du largactil et des médicaments similaires appelés neuroleptiques qu'on a pu ouvrir une piste importante sur les connaissances de l'infrastructure biologique d'une des grandes maladies mentales: la schizophrénie.

En effet, des troubles ressemblant à la maladie de Parkinson sont parmi les effets secondaires les plus fréquents des neuroleptiques tels que le largactil. Or les recherches avaient démontré que la maladie de Parkinson était associée à un déficit d'un médiateur chimique important dans l'activité cérébrale: la dopamine. On pouvait donc inférer par la clinique que le mode d'action des neuroleptiques consistait à bloquer la dopamine, ce qui a été confirmé par l'expérimentation animale.

De là pouvait-on postuler que le blocage de la dopamine par le médicament était associé aussi à la disparition des délires et hallucinations chez les psychotiques schizophrènes et que la dopamine était un élément majeur dans l'infrastructure biologique de la schizophrénie, permettant de formuler l'hypothèse dopaminergique de cette maladie.

Il est évident qu'avec la psychopharmacologie, une grande piste s'ouvrait dans l'identification des substances biologiques sous-jacentes aux grandes pathologies mentales et l'on peut dire qu'à l'heure actuelle, c'est la piste offrant le plus de promesses dans ce domaine. De plus, la découverte il y a plus de vingt ans des médicaments antidépresseurs tels que les tricycliques, les inhibiteurs de la monoamine oxidase et le lithium nous donne un éclairage puissant sur les infrastructures biologiques des troubles de l'humeur tels que la dépression et la psychose maniaco-dépressive en impliquant des médiateurs neurochimiques comme la sérotonine et la noradrénaline.

La découverte et les applications des anxiolytiques tels que les benzodiazépines — « valium » — dont le symptôme cible est l'angoisse constituent aussi plus qu'une simple « béquille psycho-

logique ». L'identification au niveau du cerveau de récepteurs spécifiques aux benzodiazépines nous fait entrevoir les possibilités d'identifier des médiateurs chimiques endogènes spécifiques au vécu de l'angoisse.

Il ne nous appartient pas dans ce chapitre de faire le recensement de toutes les perspectives ouvertes par la psychopharmacologie dans le domaine des sciences neurologiques avec toutes les implications pour la problématique de la santé mentale. Sans avoir à sombrer dans un matérialisme ou une simplification élémentaire, il est évident que l'infrastructure biologique de la vie mentale en général et de ses perturbations en particulier dépasse aujourd'hui la simple spéculation. Nous y reviendrons plus loin en traitant la problématique du diagnostic des maladies mentales.

1.3 Santé mentale et génétique

La transmission héréditaire des maladies mentales et d'autres déviations du comportement a été évoquée depuis bien longtemps et le discours psychiatrique de la fin du 19e siècle et du début du 20e siècle a été imprégné par les théories de la dégénérescence emprisonnant le fou, le déficient et le criminel dans un fatalisme génétique se traduisant sur le plan pratique dans un eugénisme souvent excessif.

Sur le plan scientifique, trancher ce qui appartient à l'hérédité et ce qui appartient à l'environnement pose un problème épistémologique de grande importance avec des implications majeures dans la problématique de la santé mentale.

Les premières pistes sérieuses sur le rôle de l'hérédité dans la transmission des maladies mentales ont été ouvertes par des études de jumeaux établissant une concordance très importante chez des jumeaux univitellins pour la schizophrénie, la psychose maniaco-dépressive, la psychopathie et d'autres troubles mentaux. Cependant, beaucoup de ces études présentaient des failles méthodologiques importantes et les rôles respectifs de l'hérédité et de l'environnement restaient mal délimités.

Un important éclairage fut apporté dans ce débat lorsque des chercheurs américains et scandinaves réussirent à mettre sur pied des études de personnes adoptées en bas âge affectées par diverses pathologies mentales telles que schizophrénie, maladie affective, alcoolisme, troubles de la personnalité. Toutes ces études démontrent une corrélation positive incontestable entre la pathologie mentale chez les enfants adoptés et la parenté biologique. Cepen-

dant, ces études démontrent aussi que le facteur héréditaire n'est pas englobant, laissant une place importante à l'environnement. Tout au plus, peut-on dire que l'hérédité crée une certaine vulnérabilité biologique à certaines maladies ou troubles mentaux dont l'éclosion dépend de facteurs pathogènes dans l'environnement. Il n'en demeure pas moins que certains facteurs génétiques mettent à risque certaines populations de développer d'importantes perturbations dans leur santé mentale.

1.4 La précision du diagnostic et la recherche des marqueurs biologiques des maladies mentales

L'essor récent de la recherche en psychiatrie biologique a remis sur la sellette la précision du diagnostic des maladies mentales et les préoccupations nosologiques et nosographiques dominent à nouveau le champ de la psychiatrie.

Un des exemples les plus notables de ces développements est la publication en 1980 du DSM III (Diagnosis and Statistical Manual) de l'American Psychiatric Association. Ce document qui s'est développé essentiellement sur une base consensuelle impliquant un grand nombre de psychiatres américains identifie des critères de diagnostic précis tant sur le plan sémiologique qu'évolutif des maladies mentales. Par ailleurs, ce diagnostic s'établit aussi sur une base multiaxiale où des facteurs psychologiques de personnalité et de stress psychosociaux sont pris en considération. Par contre, il faut noter que cette démarche exclut les considérations étiologiques à moins qu'elles ne soient objectivées sur une base scientifique, démarche qui a remis en question certaines entités telles que, par exemple, les névroses postulant des conflits intrapsychiques inconscients.

Il n'en reste pas moins que malgré tous les efforts pour établir une psychiatrie objective où les maladies mentales pourraient s'insérer dans un modèle médical, le diagnostic psychiatrique demeure à ce jour essentiellement subjectif et se démarque du reste de la médecine par l'absence de marqueurs spécifiques pour l'étayer et objectiver la maladie.

C'est bien pourquoi la recherche des « marqueurs biologiques » des maladies mentales est un des grands objectifs de recherche offrant peut-être le plus de promesses pour éclairer les problématiques des perturbations de santé mentale graves.

A) Les nouvelles techniques d'imagerie cérébrale: la scanographie

Jusqu'au début des années 1970, le cerveau ne pouvait être visualisé que par des techniques envahissantes, souvent difficiles à supporter telles que la ventriculographie et la pneumoencéphalographie gazeuse.

Aujourd'hui, nous possédons de nouvelles technologies non envahissantes très faciles à supporter donnant des images in vivo du cerveau d'une netteté inégalée à ce jour: la SCANOGRAPHIE.

Le tomodensitomètre (CT Scanner)

Couplé à l'ordinateur, c'est le premier appareil permettant non seulement de voir les lésions du cerveau, mais également des détails anatomiques invisibles à ce jour, surtout après injection de produits de contraste.

Le tomographe par émission de positron (PET Scanner)

Cet appareil permet de filmer le métabolisme du cerveau à l'aide de molécules marquées au carbone 14 et que « suit » la caméra à positron placée à l'extérieur du sujet, permettant d'établir de véritables « cartographies » du cerveau ainsi que des perturbations éventuelles de sa vascularisation.

L'appareil à résonnance magnétique nucléaire (R.N.M.)

Il s'agit d'un nouveau scanner qui permet d'obtenir au niveau du cerveau des images encore plus précises qu'avec la scanographie. La résonnance magnétique nucléaire malgré son nom n'utilise pas de radioactivité et n'exige aucune injection de substances marquantes. Elle détecte au moyen d'un électro-aimant les signaux émis par le noyau d'atomes d'hydrogènes présents dans le corps humain. Comme le corps est composé à trois quart d'eau, cette technologie permet d'obtenir une véritable cartographie rendant le cerveau *transparent* pour ainsi dire in vivo.

B) Les marqueurs chimiques des maladies mentales

Nous avons déjà fait allusion plus haut à des hypothèses biochimiques de certaines maladies mentales mettant en cause certains médiateurs chimiques tels que la dopamine, la noradrénaline et la sérotonine. Toutes ces hypothèses reposaient jusqu'à ces dernières années sur des déductions « à l'envers » issues d'une analyse des mécanismes d'action des médicaments psychotropes déccuverts par hasard.

Par contre, on sait à présent que le cerveau humain produit un certain nombre de neurotransmetteurs indispensables au transfert de l'information entre les cellules nerveuses. D'ores et déjà une quinzaine de ces neurotransmetteurs ont été identifiés dans le cerveau humain et la recherche s'oriente aussi vers un dosage précis des produits de dégradation de ces substances dans les humeurs, tels que le MHPG, produit de dégradation de la noradrénaline trouvé dans l'urine, et le 5H AA pour la sérotonine dans le liquide céphalo-rachidien. Ces deux substances, la noradrénaline et la sérotonine, sont aujourd'hui incontestablement mises en cause dans les dépressions graves.

Par ailleurs, des tests de stimulation neuroendocrinienne sont en passe de devenir des marqueurs biologiques indirects de certaines perturbations psychiques impliquant cette zone cérébrale dite « système limbique », zone des émotions, des humeurs et des commandes hormonales. Les tests biologiques actuellement les plus utilisés en clinique impliquent une réponse endocrinienne anormale de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (Test à la dexamethazone, Test à la T.R.H.).

Malgré tous ces progrès, tant sur le plan des nouvelles technologies d'imagerie cérébrale que sur celui du dosage des « médiateurs chimiques de l'esprit », les marqueurs biologiques fiables et valides des grandes pathologies mentales restent à découvrir. Il n'en reste pas moins que beaucoup de terrain est en vue d'être déblayé et que d'importantes pistes biologiques se dressent devant nous pour nous éclairer sur plusieurs énigmes de la folie restées sans réponse à ce jour.

1.5 Les perspectives psychosomatiques sur la santé

Après avoir fait l'analyse de l'apport de la biologie à la compréhension des maladies mentales proprement dites, le noyau dur dans la notion de santé mentale, l'analyse des perspectives psychosomatiques constitue en quelque sorte le deuxième volet de notre exposé sur l'axe biologique de la notion de santé mentale.

Les conceptions de médecine psychosomatique sont aussi vieilles que l'histoire de la médecine. En parcourant les 2 500 ans d'histoire de cette vieille discipline, nous pouvons constater qu'elle a toujours englobé deux doctrines et deux pratiques qui correspondent à une des plus profondes antinomies de la raison :

Une médecine synthétique pour qui la maladie n'est pas étrangère à l'organisme et qui se rattache à tout un enchaînement

d'associations et d'événements extrinsèques et intrinsèques liés à la *vie* même du patient.

Une médecine analytique cherchant dans la maladie des causes étrangères à l'organisme qu'il faut déceler et combattre et qu'on envisage toujours comme des faits isolés non rattachés à l'ensemble.

« C'est le perpétuel (peut être éternel) balancement entre deux doctrines » comme nous le faisait remarquer Henri Ey, « rivalité de deux cités Cos et Cnide, hippocratisme et galénisme, vitalisme et organicisme, médecine synthétique et médecine analytique qui caractérisent l'histoire de la médecine ».

Ces deux pôles d'attraction ont toujours sollicité et sollicitent toujours l'esprit du médecin et il est évident que le mouvement de médecine psychosomatique qui s'est manifesté vers la fin des années trente, s'inscrit dans un retour à une médecine synthétique, dans un retour à « l'utérus » hippocratique pour reprendre l'expression de Delgado.

A. La médecine hippocratique

Il serait peut-être bon de rappeler à tous ceux qui cherchent à « réinventer la roue » qu'une notion globale de santé, qu'elle soit physique ou mentale, trouve ses racines chez Hippocrate qui a élaboré un système reposant sur quatre principes fondamentaux, et qui s'actualise toujours au fur et à mesure des progrès technologiques et scientifiques de la médecine.

Un premier aspect fondamental du système d'Hippocrate est le *vitalisme*. L'univers et l'organisme dépendent d'un principe directeur: la Nature. L'organisme est considéré comme partie intégrale de la nature, système de forces et de fonctions, animé par l'âme ou « principe vital » qui n'est pas séparé du jeu des forces naturelles.

Le deuxième principe hippocratique est l'*humorisme*. Le corps est formé d'un agrégat de solides et de liquides. Les solides sont les parties contenantes. Les liquides sont les humeurs. De l'action des liquides naissent les phénomènes vitaux. La juste proportion des humeurs constitue la santé: la crase. La rupture de l'équilibre, c'est la dyscrasie ou maladie.

La troisième caractéristique de l'hippocratisme est la notion de *crise*. C'est elle qui définit la maladie comme moyen de défense de l'organisme.

Un quatrième aspect du système hippocratique est constitué par son *naturisme*, c'est-à-dire par le principe de solidarité de l'orga-

nisme et de la nature. De cette conception découle la théorie des *tempéraments* qui exprime l'interaction de l'Univers sur l'homme.

Comme nous le faisait remarquer Henri Ey: « Le tempérament est la manière d'être, l'activité fonctionnelle totale de l'individu envisagée à un moment de son évolution. Le tempérament de chaque individu change à tout instant. C'est pourquoi Hippocrate compare l'homme aux saisons, car tout dans la nature, l'histoire, l'homme, l'univers passe par des phases de naissance, de croissance, de maturité et de mort ».

B. Le mouvement de médecine psychosomatique

Le mouvement de médecine psychosomatique du 20e siècle est passé par deux phases se différenciant essentiellement sur un plan épistémologique par leurs conceptions étiologiques de la maladie.

La première phase datant de la fin des années trente, empreinte d'un concept de causalité linéaire de la maladie, voyait dans certains traits de la personnalité du malade, dans certains de ses conflits intrapsychiques inconscients et dans ses réponses émotionnelles spécifiques à certains stress particuliers les causes déterminantes de certaines maladies dites psychosomatiques telles que l'hypertension artérielle, l'ulcère gastroduodénal, la colite ulcéreuse, l'asthme et certaines dermatoses...etc. Flander Dumbar et surtout le psychanalyste Frantz Alexander sont les chefs de file de ce mouvement qui a préalablement été influencé par les travaux de Selye, Wolff et W. Cannon.

Hans Selye, depuis 1946, a essayé d'établir des rapports précis entre les régulations neurogènes et hormonales dans des cas normaux et pathologiques. Ses conceptions reposent sur le fait qu'un stress d'intensité suffisante entraîne en plus d'une réaction locale une réaction générale de tout l'organisme réalisant le « syndrome général de l'adaptation » qui s'établit en trois phases: la phase d'alarme, la phase de résistance et la phase d'épuisement si le stress se maintient. Toutes les réactions physiologiques du syndrome de l'adaptation s'inscrivent sur l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien.

Harold et Stuart Wolff dans les années quarante ont étudié des patients avec fistule gastrique et ont pu observer les changements de la muqueuse gastrique sous l'effet des émotions. Par exemple, des sentiments d'hostilité entraînant une hyperhémie et hypersécrétion de la muqueuse tandis que la peur et la dépression causaient une vasoconstriction et une hyposécrétion.

W. Cannon reprenant les conceptions de Claude Bernard de constance du milieu intérieur a élaboré le concept d'homéostasie en postulant que le fonctionnement total du système nerveux a pour but le maintien de cette dernière. Pendant que le système nerveux central régularise les relations avec le monde extérieur, le système nerveux autonome contrôle les processus internes de l'organisme. Le système parasympathique est en relation directe avec les fonctions de conservation, de reconstruction et de protection. Par contre, le système sympathique a pour but la régulation des fonctions végétatives internes lorsque l'organisme doit se mobiliser pour faire face au danger se traduisant par le combat ou la fuite. En somme, lorsqu'une situation émotionnelle demande une augmentation d'énergie, c'est par l'intermédiaire du système sympathique que réagit l'organisme.

Frantz Alexander, fondateur de l'école de Chicago, postulait certaines constellations psychodynamiques inconscientes spécifiques à certaines maladies. Il a émis la théorie de la spécificité intégrant des mécanismes psychodynamiques freudiens aux conceptions du physiologiste Cannon impliquant le système nerveux autonome face aux situations de stress (Filght ou Flight).

Les théories de Frantz Alexander ont eu leurs heures de gloire surtout dans les années cinquante, mais la notion de conflits intrapsychiques inconscients spécifiques à certaines maladies n'a plus cours à l'heure actuelle.

En fait, il est de plus en plus clair que la plupart des maladies dites psychosomatiques, qu'il s'agisse de l'hypertension artérielle, de l'ulcère gastroduodénal ou de l'asthme constituent chacune des groupes hétérogènes à étiologies multiples où facteurs psychosociaux et biologiques s'entrelacent dans un canevas devenant de plus en plus complexe.

Tous ces développements ont abouti à la deuxième phase du mouvement de médecine psychosomatique qui s'est manifestée dans les années soixante-dix.

Ce qu'il faut retenir en envisageant la question dans le contexte actuel, c'est que si nos connaissances sur les concomitants psychologiques et sociaux de la santé en général ont fait de grands progrès, nous vivons depuis 20 ans une explosion des connaissances biologiques. Ces développements orientent de plus en plus la pratique médicale vers un modèle biomédical qui ne reconnaît comme « réel » que les facteurs biologiques de la maladie. C'est contre ce modèle que s'est insurgé Engel en 1977 proposant le

modèle biopsychosocial face à l'accumulation des preuves de plus en plus évidentes que des facteurs psychologiques et sociaux influencent non seulement les maladies dites psychosomatiques mais pratiquement toutes les maladies touchant tous les systèmes. C'est de nouveau un retour à l'hippocratisme ou à une médecine plus synthétique, à une médecine somato-psychosomatique pour employer l'expression d'Engel.

Il ne nous appartient pas évidemment de faire un recensement de tous les travaux récents sur la question des influences psychologiques et sociales dans l'éclosion, les manifestations et l'évolution des maladies physiques. Signalons, cependant, au niveau de la personnalité, les travaux des deux cardiologues Freedman et Rosenhan qui déjà en 1959 avaient établi qu'un certain type de personnalité était un facteur de risque important dans l'infarctus du myocarde. Mentionnons aussi les travaux de Marty et De M'Uzan en France, repris par Sifnéos aux États-Unis, qui établissent que chez certains individus qui éprouvent des difficultés à reconnaître leurs émotions (pensée opératoire, alexithymie) sont plus vulnérables à développer des maladies psychosomatiques.

Au niveau des facteurs sociaux, signalons les travaux de Brenner qui établissent par exemple une corrélation directe non seulement entre le niveau de chômage et les statistiques d'admission dans des hôpitaux psychiatriques, mais aussi entre le chômage et les taux de mortalité en général.

Sur un plan pratique, tous ces développements ont permis de mettre au point des approches plus globales des problèmes de santé. Les équipes multidisciplinaires constituent une des tentatives pour rendre cette perspective opérationnelle. Dans le champ de la psychiatrie, c'est ici que s'inscrit le mouvement de la psychiatrie de consultation-liaison.

C. La psychiatrie de consultation-liaison

Le terme de médecine psychosomatique n'a pas totalement disparu du vocabulaire actuel. Cependant, l'abandon des conceptions de causalité linéaire pour une causalité circulaire et l'élargissement de l'influence de la psychiatrie non seulement sur les maladies dites psychosomatiques, mais sur toute la pratique médicale et chirurgicale, ont créé une nouvelle approche: la psychiatrie de consultation-liaison qui se pratique en fait à l'hôpital général et dans les services de consultation externe en chirurgie, obstétrique-gynécologie...etc.

Cette démarche qui s'incorpore dans une approche systémique de la pratique médicale intègre dans un modèle transactionnel les marqueurs biologiques et les marqueurs psychologiques et sociaux associés aux processus pathologiques. Sur le plan des interventions thérapeutiques chirurgicales et médicales, la psychiatrie de consultation-liaison les intègre aux interventions d'ordre psychosocial qui s'imposent.

Conclusion

Après un survol rapide de l'axe biologique de la notion de santé mentale, nous devons réaffirmer que tous les paramètres qui en dérivent doivent s'intégrer aux deux autres axes: le psychodéveloppement et le contextuel qui seront décrits plus loin.

Nous constatons cependant, avec quelques inquiétudes après notre enquête et nos consultations, que la notion populaire de la santé mentale tend à scotomiser le biologique. Cela est peut être dû au fait qu'une vision dualiste de l'être humain reste encore fortement ancrée lorsqu'on parle de santé mentale. Cela est peut-être dû aussi au fait que la complexité et la haute technicité de la dimension biologique la rend plus hermétique et en tout cas plus aride que les deux autres axes dérivés des sciences sociales.

Une des conséquences les plus redoutables de cet état de chose est une tendance chez certains à vider la notion de santé mentale de tout contenu médical et psychiatrique. Toute politique de santé mentale qui s'orienterait dans ce sens ne serait certainement pas dans l'intérêt de la population.

2. Axe du psychodéveloppement

En privilégiant ici l'approche du développement de l'axe psychologique, nous mettons de côté une grande partie des théories de la personnalité et des approches psychothérapeutiques qui ont offert un certain contenu à la définition de la santé mentale.

Par exemple, le modèle psychophilosophique représenté par Kleinberg, Lagache et Jahoda propose des critères de santé mentale faisant ressortir un idéal de développement maximal du potentiel de l'individu. Les limites de ce modèle apparaissent d'abord dans le fait qu'il est représentatif d'un phénomène culturel occidental actuel, celui de l'individualisme par opposition à la communauté. En second lieu, ce modèle paraît statique en ce sens qu'il représente un point d'arrivée. Il fait peu de place aux changements évolutifs de la croissance, de même qu'aux variations reliées aux processus dynamiques d'interaction entre l'individu et l'environnement.

Les approches psychothérapeutiques ont aussi amené des points de vue partiels sur la santé mentale. Ces modèles se regroupent en trois catégories (Joshi, 1983) : le modèle intrapsychique, le modèle d'apprentissage social et le modèle de la croissance personnelle.

Le premier relié à la psychanalyse situe dans les structures psychiques individuelles la source de la pathologie. Le second relié à la psychologie expérimentale et à l'approche behaviorale s'intéresse surtout à l'élaboration d'une technologie d'analyse du comportement et veut illustrer un continuum où santé et maladie mentale diffèrent en quantité et non en qualité de comportement. Celui-ci est essentiellement vu comme une réponse aux stimulations de l'environnement.

Le troisième modèle relève des théories humanistes fondées sur la philosophie existentialiste. Ce modèle, le plus influent actuellement par rapport aux orientations thérapeutiques en Amérique du Nord, véhicule une philosophie selon laquelle l'orientation humaine primordiale est de découvrir un sens à son existence et de trouver concrètement des valeurs pour se réaliser soi-même. La psychologie humaniste a eu l'avantage de rappeler au modèle médical que le traitement s'adresse à la personne et non à la maladie. Comme la phénoménologie existentielle, elle met en avant l'axe de la réalité subjective et la pathologie est perçue comme un développement inharmonieux de dimensions personnelles. Dans ce modèle, la mésadaptation peut parfois représenter un facteur de croissance (Dabrowski, 1972).

C'est à partir d'une adaptation de ce modèle que les professionnels du traitement psychologique prennent position pour énoncer que la santé mentale se présente comme un objectif d'autodéveloppement par la croissance personnelle et comme une prise de possession de soi et de son propre développement, toujours grandissante (Corporation professionnelle des psychologues du Québec, 1984). Encore ici, les modèles mettant l'accent sur l'actualisation du potentiel humain éclairent un aspect seulement de la réalité subjective en mettant de côté son aspect évolutif. Lorsque l'évolution est prise en considération, son processus est rarement détaillé.

Dans le but de définir la place de la psychologie individuelle dans le champ de la santé mentale, il nous paraît donc important de trouver une approche qui permette d'abord de décrire les modalités de relation et d'interaction entre la subjectivité personnelle et la réalité objective. Il s'agit donc de se centrer plus sur le *processus* que sur le contenu de l'expérience psychologique. La perspective du psychodéveloppement offre cette possibilité.

Deuxièmement, cette perspective permet de considérer la personne comme étant toujours en évolution et d'entrevoir ainsi que le psychisme sain n'est pas statique. Troisièmement, elle permet de tenir compte des différences importantes qui existent entre le fonctionnement du psychisme infantile et celui de l'adulte. On peut dire que cette perspective permet d'individualiser la notion de santé mentale et d'aborder la question des différences intra et inter-individuelles dont nous avons souligné l'importance dans le champ de la santé mentale. Enfin, les théories de développement dont nous apporterons quelques exemples ici permettent de considérer le fonctionnement humain sous l'angle réaliste de l'interaction dynamique entre l'individu et son environnement.

Ce dernier aspect rejoint le point de vue dialectique exposé dans le chapitre d'introduction : la santé mentale n'est ni fonction exclusive des caractéristiques psychiques internes de la personne, ni fonction directe du milieu dans lequel l'individu se développe et se réalise, mais dépend de l'interaction des deux (Cloutier, 1983).

Par ailleurs, l'importance relative de ces deux champs varie suivant les étapes. Les données propres à l'individu (biologiques, physiques), comme les données propres à l'environnement (famille, contexte, milieu social) prendront une importance différente selon le moment de la croissance et les événements particuliers dans chacun des domaines en interaction.

Même à l'intérieur de l'approche du développement, la perspective que nous adoptons ici est un choix parmi d'autres possibles. Cette présentation aurait pu prendre la forme d'un exposé de l'état actuel des connaissances dans le domaine du développement psychologique grâce, par exemple, aux nombreuses recherches récentes basées sur l'observation naturelle d'enfants. Une telle approche incontestablement riche en informations devrait, pour être juste, être détaillée quant au contenu des acquisitions à chaque étape du développement.

Nous avons plutôt voulu donner des orientations ou des points de vue selon lesquels le développement peut être approché. Il en découle que nous n'avons pas systématiquement inclus la mise à jour de ces théories en fonction des études récentes. C'est pourquoi il est nécessaire de regarder essentiellement ces modèles comme des modes d'approche pour la connaissance des besoins, des potentiels, des défis cognitifs affectifs et sociaux de la personne au cours de son développement.

Cette approche permet de concrétiser l'idée d'un certain relativisme du concept de santé; le bien-être de l'individu dépend de plusieurs facteurs dont ceux qui correspondent aux tâches du développement qu'il doit assumer en fonction des forces et faiblesses accumulées et de l'attitude plus ou moins adéquate de son entourage. C'est ainsi qu'on peut trouver des individus plus ou moins vulnérables ou résistants selon leur niveau de compétence, relativement au stress créé par ces tâches et les exigences ou les réponses de l'entourage.

L'idée n'est pas ici de présenter l'ensemble des théories ni de décrire chacune de façon extensive. Un premier but poursuivi dans cette présentation est d'abord d'attirer l'attention sur des théories qui ont déjà montré une compréhension fine et articulée du psychisme humain dans son évolution à travers les étapes de la croissance. Un second but est de présenter un éventail d'approches qui permettent de toucher un ensemble de dimensions majeures de la personnalité. Cette présentation schématique procède en deux temps:

A) Elle montre comment chaque approche conçoit le processus de l'interaction individu-environnement.

B) Elle décrit brièvement l'essentiel du modèle de développement et ce vers quoi tend l'individu en croissance.

À l'intérieur des étapes du développement, nous tenterons de montrer les forces qui sont mises en présence et ce que signifie l'étape en regard du potentiel d'accomplissement de la maturité et du mode d'appréhension de l'univers.

Nous avons choisi de présenter les modèles suivants:

1. Le modèle cognitif de développement avec l'évolution de la pensée logique selon Piaget, l'évolution de la pensée sociale et du jugement moral selon Selman et Kohlberg.
2. L'approche psychanalytique du développement psycho-affectif.
3. Le modèle psychodynamique d'Erikson.
4. Une approche de la vie adulte inspirée de l'étude Grant menée par Vaillant.
5. Un tableau-synthèse du modèle de développement du moi de Loevinger: cette approche ne constitue encore qu'un effort théorique d'intégration de l'évolution des dimensions affectives et cognitives. Son intérêt réside dans le fait qu'elle offre une perspective d'ensemble et une approche globale du développement de la personnalité.

2.1 *Modèle cognitif de développement*

Ce modèle a surtout été mis en valeur par Piaget pour décrire l'évolution des fonctions intellectuelles. Il a été repris et appliqué à d'autres domaines du développement, par exemple au processus de socialisation (Selman, 1976) et à l'évolution du jugement moral (Kohlberg, 1976).

A) *Principes de base*: mode d'interaction individu-environnement

À partir du modèle du développement intellectuel décrit par Piaget, on retient que ce qui évolue de façon universelle est la forme du raisonnement et non son contenu. C'est la façon de considérer ou de résoudre un problème qui change pour devenir de moins en moins égocentrique et intégrer progressivement différents points de vue. Cette évolution met en jeu des structures cognitives qui dépendent beaucoup de l'hérédité au début de la vie, surtout dans les actions réflexes, pour ensuite dépendre de deux fonctions naturelles qui mettent en jeu à part égale les apports de l'individu et ceux de l'environnement. Il y a d'abord la tendance naturelle à organiser ses comportements en structures significatives pour agir sur l'environnement. Ces structures deviennent les opérations intellectuelles. La seconde fonction, celle d'adaptation, comprend l'assimilation et l'accomodation par lesquelles l'individu a tendance à utiliser ses structures existantes pour incorporer ou assimiler les éléments extérieurs et à changer ou modifier ses structures en réponse aux exigences de l'environnement. Par exemple, par le processus d'assimilation, le bébé aura tendance à utiliser la structure de succion pour incorporer une perception visuelle intéressante et peu à peu, il s'accomodera en recourant à la préhension.

L'organisation et l'adaptation sont des tendances fondamentales mais leurs manifestations dépendent de l'environnement et de l'histoire d'apprentissage. Ces tendances font que le développement cognitif tend continuellement vers un certain équilibre à travers une série de mouvements entre l'équilibre et le déséquilibre. Dans le processus d'organisation de ses activités, l'individu assimile de nouveaux événements dans des structures préexistantes et au même moment, il accommode ces anciennes structures pour rencontrer les demandes de la nouvelle situation. Il en résulte que de nouvelles structures sont continuellement créées à partir des anciennes qui seront à leur tour utilisées pour assister l'individu dans ses interactions avec le monde.

Les stades dans une échelle de développement cognitif décrivent les manifestations des structures psychologiques à différents moments de l'évolution de la pensée.

Un tel modèle présente des conséquences importantes quant à la façon de concevoir concrètement l'interaction individu-environnement. D'abord, l'individu est actif dans son apprentissage. Pour optimiser ce dernier, il est important que l'enfant manipule concrètement l'objet qu'il doit comprendre de même que vers l'adolescence, il doit manipuler intellectuellement les réalités abstraites pour en tirer certains enseignements. Ce modèle a comme deuxième conséquence le fait que l'apprentissage est limité jusqu'à un certain point par les structures. Le développement est favorisé par de nouvelles expériences reliées en partie à ce que l'individu sait déjà. Le défi doit être suffisant sans se situer trop au-delà des modes de compréhension actuels.

La recherche en éducation a vérifié l'importance de fournir à l'enfant les occasions de manipuler lui-même le matériel et les concepts dans la recherche d'une solution à un problème donné (Ginsburg & Opper, 1969).

Une troisième conséquence est le fait de montrer que l'enfant est bien différent de l'adulte dans sa façon de saisir la réalité, de même que le vécu lui-même est déterminé par le type de structure qui appréhende la réalité. La connaissance que la personne gagne de la réalité dépend donc de sa structure mentale et celle-ci change selon l'âge et l'expérience cognitive.

Le tableau suivant montre comment se conçoit la prédominance d'un stade de pensée à l'intérieur du cycle de croissance dans le cadre du modèle cognitif du développement (Rest, 1976).

Ceci illustre qu'un mode de raisonnement est prédominant à un âge donné et fait place progressivement au mode suivant. Il y a chevauchement de deux, trois ou même de quatre modes parfois en ce sens que même si un individu est capable de comprendre et résoudre certains problèmes d'ordre cognitif ou interactionnel en utilisant des raisonnements complexes, il peut recourir à un niveau antérieur dans d'autres cas. Une fois un certain niveau atteint, les précédents demeurent toujours accessibles.

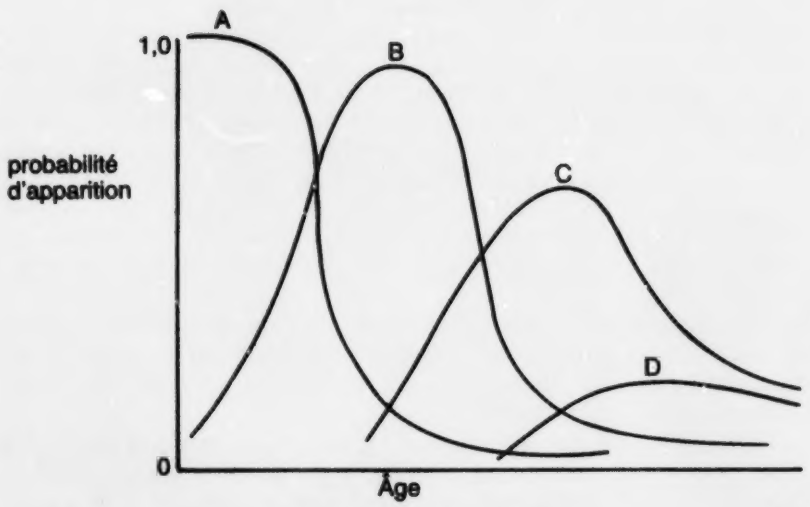


TABLEAU 1 :
Probabilité d'apparition des stades cognitifs en fonction de l'âge

Trois dimensions du développement sont décrites sur la base des principes généraux de l'approche du développement cognitif : la pensée logique, la pensée sociale et le jugement moral. Dans cette présentation, les échelles de pensée sociale et de jugement moral seront combinées. Les domaines qu'elles touchent se situent dans le prolongement l'un de l'autre. Il paraît indiqué de les décrire simultanément.

B) Étapes du développement de la pensée logique

Les stades décrits par Piaget montrent le passage en quatre grandes étapes des réflexes à la pensée abstraite. Les âges ne sont ici que des points de repère approximatifs. La description qui suit s'inspire du résumé de Morissette (Lalonde et Grunberg, 1980) ainsi que de Ginsburg et Opper (1969).

Pensée sensorimotrice

L'intelligence au début de la vie se limite aux activités réflexes, telles que la succion par exemple, qui très tôt cependant s'organisent en systèmes de perception et d'action sur l'entourage. L'enfant ne se différencie pas de son environnement de même qu'il ne distingue pas ses souhaits de la réalité. Par exemple, un objet cesse d'exister en dehors de sa perception. Peu à peu, les objets et les personnes ainsi que lui-même sont conçus comme ayant une existence autonome et sur lesquels il est possible d'agir. L'étape sensorimotrice consiste surtout dans l'exercice des fonctions motrices et sensorielles pour agir sur les objets, les rapprocher de soi, les éloigner et leur imprimer un mouvement désiré.

La relation entre l'environnement et l'enfant est ici très dynamique en ce sens que l'enfant est mû par une curiosité naturelle qui l'amène à agir sur l'environnement et non attendre passivement les événements. De la même façon, un événement donné n'est pas enregistré passivement mais interprété par l'enfant en fonction de la réalité qu'il a intégrée à ce moment.

L'étape de la pensée intuitive ou symbolique

L'intelligence est de plus en plus constituée d'idées, phénomène favorisé surtout par l'acquisition du langage. C'est le début de la symbolisation qui permet la représentation mentale des événements. Les images intériorisées ne sont cependant pas encore comparées ou généralisées. Il n'y a pas de raisonnement, il n'y a que de l'affirmation. La pensée est encore égocentrique au sens où l'enfant se détache difficilement de son propre point de vue pour le distinguer de celui des autres. Ceci a beaucoup d'impact, entre autres sur son incapacité à reproduire ou rapporter verbalement de l'information de façon organisée et utile à l'interlocuteur. Ceci est important pour comprendre le type de communication qui existe entre les enfants à cette étape.

Étape de la pensée concrète

C'est le début du raisonnement et de la capacité de distinguer son point de vue de celui des autres. Le raisonnement de l'enfant s'exerce encore sur des objets concrètement manipulables et mesurables. Le fait qu'il conçoive l'existence de plusieurs points de vue par rapport à une situation lui permet par exemple de voir la nécessité des règles dans un jeu et de les respecter. La capacité de considérer différents aspects d'une situation simultanément, de même que la capacité de considérer son propre point de vue tout en considérant les besoins des autres, est une aptitude complexe qui évolue à partir de cette étape. Comme le nouveau-né apprend à décentrer son action, l'enfant de pensée concrète apprend à décentrer sa pensée.

L'étape de la pensée formelle

Le raisonnement s'applique graduellement au domaine du possible. La possibilité de l'abstraction et de l'opération logique est acquise à travers le raisonnement hypothético-déductif. L'enfant devient capable de dépasser l'appréciation de la réalité pour imaginer ce qui pourrait être, projeter dans l'avenir, comprendre et évaluer des concepts de même que d'effectuer des opérations abstraites à partir de symboles et non seulement d'objets concrets. Le début de l'adolescence est l'âge propice à l'apparition de ce mode de pensée. Cependant, la recherche tend à montrer que bien qu'un début de pensée formelle soit souvent présent chez les jeunes, elle ne s'acquiert et ne se consolide pas dans l'ensemble de la population de jeunes et d'adultes dans notre société (Kuhn et al., 1977).

Conclusion à la pensée logique

Les implications de ce modèle d'évolution de la pensée logique pour une approche de la santé mentale peuvent être diverses : on reconnaît d'abord que l'apprentissage de la réalité ne peut se faire vraiment que par l'action. Ensuite, le point de vue égocentrique orienté vers le présent et le concret des premières étapes rendent les modes de compréhension et de communication de l'enfant bien différents de ceux de l'adulte. Il est important de le reconnaître dans le cadre de l'éducation familiale et scolaire.

Il faut cependant user de prudence dans l'application de ce modèle à différentes cultures. Plusieurs recherches transculturelles ne font pas encore l'unanimité sur son universalité.

Il reste que le modèle du développement cognitif de la pensée logique nous apprend que les modes de compréhension diffèrent selon le niveau de maturité des structures cognitives pouvant colorer qualitativement l'expérience de la réalité et certainement celle de la réalité affective ; il suffit de penser ici à l'influence de la capacité de concevoir la permanence des objets et des personnes sur le sentiment de sécurité chez l'enfant.

C) Développement de la pensée sociale et du jugement moral

Déjà Piaget avait montré que le développement de la pensée logique a des conséquences sur l'évolution de la façon de concevoir la relation aux autres de même que sur le jugement de ce qui est bien ou mal. L'enfant qui ne peut distinguer qu'un seul point de vue à la fois, le sien, et ne conçoit que les caractéristiques concrètes de ce qui l'entoure est enclin à juger de ce qui est bien ou mal de façon absolue en fonction d'un seul point de vue, celui qui est le plus relié aux apparences comme la conséquence physique d'un acte. Kohlberg (1976) a repris toute l'étude des dimensions cognitives du jugement moral et a élaboré une échelle de développement en six stades. Ces six stades sont regroupés en trois niveaux qui définissent en quelque sorte trois types de relation différents entre la personne et l'ensemble des règles et attentes de la société. Au niveau préconventionnel, les règles et attentes sociales sont perçues comme extérieures à la personne. Au niveau conventionnel, la personne s'est identifiée ou a intériorisé les règles et les attentes des autres spécialement celles des autorités. Au niveau postconventionnel, la personne s'est différenciée des règles et des attentes pour définir ses valeurs à partir de principes issus d'un choix individuel.

Cette évolution repose sur le développement de la différenciation progressive entre la perspective de l'individu et celle des autres.

Cette différenciation cognitive de perspective dans l'univers de relations sociales a été surtout définie par Selman (1976) qui a aussi utilisé un modèle de développement par stades. Les stades d'acquisition de perspective ou d'acquisition de rôle (role-taking) social touchent un domaine d'expérience intermédiaire entre la pensée logique et le jugement moral. Les stades de la pensée logique définissent la compréhension des phénomènes de la réalité physique tandis que les stades du jugement moral s'appliquent aux règles régissant l'univers des interactions sociales et définissant ce qui est bien ou mal. L'acquisition de rôle touche pour sa part la façon de

concevoir les relations interpersonnelles. Son évolution montre par exemple comment l'enfant différencie progressivement son expérience subjective de celle des autres, et passe d'une conception unidimensionnelle physique de la personne à une conception multidimensionnelle à composante psychologique intérieure.

Étapes du développement de l'acquisition de rôle et du jugement moral

Point de vue égocentrique, stade prémoral

La personne conçoit l'existence de pensées et de sentiments chez l'autre mais ne peut les différencier des siens. Elle peut identifier les sentiments évidents mais ne peut concevoir l'intentionalité et la causalité affectives.

Les notions de bien et de mal sont basées sur les bonnes et mauvaises conséquences des actes. L'enfant choisit de faire une action sur la base de ses souhaits sans concevoir la nécessité de la justifier.

Focus sur un point de vue, orientation vers la punition et l'obéissance

La personne découvre qu'il peut exister chez l'autre un point de vue et un raisonnement différents du sien. Elle se concentre cependant toujours sur un seul point de vue.

Pour juger du bien et du mal, c'est le point de vue de l'autorité qui compte. Il y a découverte aussi du fait que l'intention peut être à l'origine de l'action.

Interinfluence des subjectivités, orientation instrumentale

La personne voit que chacun est conscient du point de vue de l'autre et que ceci peut influencer la perception que chacun a des autres. Il est possible de se mettre à la place de l'autre pour juger de ses intentions.

Le bien et le mal sont évalués en fonction d'échanges réciproques. C'est la loi du Talion.

Mutualité des points de vue, réponses aux attentes mutuelles

La personne réalise que deux individus peuvent se voir mutuellement et simultanément comme sujets ou personnes conscientes du point de vue de l'autre. Il est possible de considérer le point de vue

et les motivations de plusieurs personnes à la fois pour tenter d'établir une entente entre elles.

Le bien est défini en fonction de la règle d'or: ne fais pas aux autres ce que tu ne voudrais pas que les autres te fassent.

Point de vue du système social, orientation légale

La personne conçoit qu'il existe plusieurs niveaux de points de vue dans une même personne (sentiments, intérêts, valeurs, etc.) et qu'il existe une dimension psychologique complexe en chaque personne.

À ce niveau, la nécessité des conventions sociales est acceptée et le bien est défini en fonction du bien pour la majorité. C'est une orientation qui vise le maintien de l'ordre moral et social.

Bien que deux stades supplémentaires aient été définis pour le jugement moral, les stades décrits ici représentent les formes de raisonnement les plus couramment rencontrées dans la population (Kohlberg, 1976).

À travers la description du développement cognitif dans le domaine social, il est possible de voir que la façon de concevoir la subjectivité des autres et la relation avec les autres varie au cours de la croissance. L'enfant comprendra donc ses interactions sociales d'une manière différente de celle de l'adulte. D'un point de vue égocentrique, non différencié, il évolue vers la capacité de différencier diverses intentionalités et surtout vers la capacité de voir l'autre comme un être multidimensionnel possédant des caractéristiques physiques, psychologiques et de comportements.

Encore ici, la recherche montre que l'expérience de situations sociales et de résolution de problèmes d'interaction sociale est essentielle pour favoriser la stimulation du développement du mode de compréhension. L'enfant doit être actif pour développer sa capacité cognitive.

De plus, Selman (1976) démontre comment le type d'acquisition de perspective modèle la façon de concevoir les relations dans différents domaines d'interaction tels qu'entre parents et enfants, les relations d'amitié et de groupe de même que les relations à l'autorité.

Comme pour la pensée logique, l'universalité des modes d'acquisition de rôle et de jugement moral n'est pas encore tout à fait établie bien que des études aillent en ce sens (Kohlberg, 1976). La hiérarchie des stades dans le domaine du jugement moral féminin a été remise en question (Gilligan, 1977). L'orientation culturelle et

éducationnelle traditionnelle favorise chez la fille la relation d'attachement, l'affiliation, les valeurs familiales et relationnelles. Ceci aurait pour effet de situer comme idéal adulte un fonctionnement à la 4e étape (réponse aux attentes mutuelles).

Conclusion à l'acquisition de rôle et du jugement moral

Ce modèle montre que l'acquisition de la compréhension des phénomènes liés aux relations interpersonnelles n'est pas uniquement affaire d'apprentissage. Ici encore l'exercice et la mise en situations stimulantes sont des facteurs d'évolution. Ceci va dans le sens d'une éducation orientée vers l'exercice de la démocratie par opposition à l'endoctrinement. Une éducation sociale et morale basée sur les connaissances qu'apporte ce modèle se souciera d'offrir des concepts et de faire des demandes accessibles à l'enfant de même qu'elle apportera des expériences utiles à l'acquisition d'un mode de raisonnement adéquat pour résoudre les problèmes de relations interpersonnelles propres à la réalité sociale de cet enfant.

D'autre part, bien que le lien entre comportement et jugement moral ne soit pas clairement établi, l'expérience montre qu'un comportement donné est rarement possible sans le niveau de jugement correspondant.

2.2 *Le développement affectif*

Les approches qui décrivent l'évolution de la vie psychique affective relèvent surtout de l'orientation psychanalytique et touchent particulièrement les premières années de la vie (Freud, Mahler, Klein, Spitz). Cependant, elles ne peuvent se distinguer totalement des autres approches puisque le développement du mode de relation adulte, la relation objectale, passe par la maturation de l'intelligence et des acquisitions sociales.

Ce qui suit de même que ce qui est présenté au tableau synthétique à la fin du texte sous le titre de développement affectif résume une présentation des conceptions de différents auteurs en matière de psychologie génétique (Ey, 1978). Nous en avons retenu les éléments les plus directement reliés à l'expérience affective de la relation entre l'individu et son environnement.

Au tableau synthétique, la présentation du développement psycho-affectif est divisée selon trois grands auteurs qui représentent trois points de vue sur cette évolution : la description du monde intrapsychique (Freud), l'évolution de la réalité subjective de l'objet et de la relation avec lui (Buhler) et la description de l'évolution de la perception de l'autre à partir de l'observation des comportements (Spitz).

Encore ici, le développement psycho-affectif ne peut être conçu sur le modèle d'une série linéaire. Chacun des niveaux se présente comme une partie de la construction d'une organisation structurale. Il implique un progrès dans les capacités fonctionnelles d'intégration. Le processus d'interaction est décrit à partir de l'expérience subjective qu'a l'individu de son environnement. De plus, l'évolution de la relation au monde selon un modèle psychanalytique suit l'évolution de fonctions physiologiques. En ce sens, elle est plus ou moins déterminée chronologiquement. C'est pourquoi ici les âges seront bien identifiés.

Enfin, dans le cadre de ce modèle, la raison est posée comme étant au sommet du développement hiérarchisé de la vie psychique.

La description qui suit est un résumé des étapes clé dans l'évolution vers un mode d'expérience émotionnelle adulte basée sur la relation objectale. Dans la mesure où les stades n'ont pas tous reçu une appellation précise, nous nous sommes référés à leur désignation en terme d'âge couramment utilisée par leurs auteurs.

Le nouveau-né (1 à 6 mois)

L'enfant est tout entier dans l'expérience du plaisir et la recherche de la satisfaction appelée narcissisme primaire, auto-érotisme (Freud). Ses émotions sont des tâtonnements réflexes vers le premier objet encore indistinct du bébé: le sein maternel.

C'est à partir de cette première relation que se développent des émotions différenciées et l'expérience subjective avec l'objet extérieur (Buhler) où le sujet n'existe que comme désir lié à son objet. C'est la phase autistique décrite par Mahler.

6 à 10 mois

Début de relation émotionnelle avec l'objet détaché de soi (phase symbiotique de Mahler). Assimilation des objets à ce qui peut être retenu ou expulsé avec plaisir ou douleur, à ce qui peut s'offrir ou se refuser. La relation devient bipolaire: opposition du pôle subjectif des besoins et désirs et du pôle objectif des droits et devoirs prescrits par autrui. L'intérêt se déplace vers le monde des objets. Le sourire est un signe du plaisir qui va aux objets ou qui en vient. Cependant, le monde ne se compose encore que de morceaux de personnes (M. Klein).

Les relations se font sur le mode de l'incorporation du bon objet et sur le mode du rejet ou de l'agression du mauvais objet.

10 à 20 mois

C'est le moment où se constitue l'image de soi : la connaissance de sa propre image comme distincte de celles des autres et pourtant semblable (Wallon, Lacan). Plusieurs situent ici la première véritable relation humaine avec autrui. La conscience de l'existence séparée de l'autre et la reconnaissance des individus familiers et non familiers donnent lieu à l'anxiété de séparation (Spitz, Bowlby) qui débute vers l'âge de 8 mois.

20 mois à 2½ ans

C'est le stade de l'apparition du langage qui permet à l'enfant de mettre le monde à sa disposition. En même temps, s'organisent les grandes fonctions qui établissent le schéma corporel et la discipline sphinctérienne.

De 2½ à 4 ans

L'enfant se constitue définitivement en personne avec le « je » et la notion qu'il est sexué. Ceci est aussi à l'origine du conflit œdipien vécu dans les relations objectales avec les parents représentant les deux sexes : l'identification au parent du même sexe interfère avec le choix du parent de sexe opposé comme objet libidinal. C'est le moment des premières jalousies et des fixations incestueuses. Avec cette situation triangulaire s'organisent les instances psychiques (le moi, le ça et le surmoi) à travers les interdits sociaux et les refoulements.

De 4 à 7 ans

La phase de latence est vue comme le moment où l'enfant doit oublier les problèmes et conflits de son existence affective pour former sa raison. Le monde social est aux dimensions de la cellule familiale, de l'école et du jeu collectif.

De 7 à 10 ans

Après l'acquisition de la raison dans sa forme logique, c'est la contrainte des disciplines morales et sociales qui exerce une pression sur les sentiments, les actions et les règles de la pensée. Le jeu devient plus hiérarchisé et social.

De 10 à 12 ans

À la prépuberté, prend place une plus large communication avec le milieu. La conception du monde s'ébauche sous forme d'idéaux et

de projets. Un système personnel de valeurs idéales et logiques se constitue. Le comportement social est davantage dirigé vers les valeurs sociales.

De 12 à 14 ans

La poussée pubertaire réanime les problèmes affectifs du choix objectal. Comme la coexistence avec autrui est bien différenciée, il est possible de s'orienter vers l'amour de l'autre qui reste pour un certain temps teinté du souvenir narcissique liant le désir et le plaisir au corps propre. Ceci donne lieu à un trouble intérieur qui peut se manifester en agressivité contre le milieu social, scolaire et familial.

De 14 à 17 ans

L'âge de la formation définitive du caractère où se fixent le choix objectal, la conception du monde, les relations avec le monde objectif et l'idéal de soi (qui inspire ses projets, sa vocation et son plan d'existence), c'est le début de la possibilité d'une réelle autodétermination.

Conclusion au développement affectif

Ce modèle décrit surtout les premières années de la vie en se basant sur la prémisse selon laquelle ces années sont déterminantes pour la vie psychique ultérieure.

Une des implications majeures de ce modèle est l'attention qui doit être accordée au type d'attachement et au mode de relation qui est vécu par le jeune enfant. L'évolution du développement suppose encore ici que les capacités et les besoins changent avec le temps et que l'expérience d'attachement et de relation sera en partie fonction de l'aptitude des personnes significatives à adapter leur propre mode de relation à l'enfant.

Selon ce modèle, la construction de la structure psychique interne apparaît plus importante, pour la santé mentale adulte, que les déterminants contextuels. Le schéma montre cependant comment cette structure s'établit à partir du mode et de la qualité des premières relations d'attachement vécues.

2.3 Modèle du développement psychosocial selon Erikson

On réfère encore beaucoup à ce modèle adapté des notions de la psychanalyse et appliqué à la croissance de l'individu comme être social. Il offre une approche compréhensive des étapes de la vie de

la naissance à la mort, toujours dans la perspective de l'intégration de l'individu à son milieu.

A) Principes de base et mode d'interaction individu-environnement

Les stades successifs sont définis par des noyaux de conflits déterminés par l'action combinée d'une fonction organique prédominante et des demandes particulières de l'environnement à cette étape. À chaque étape, l'univers social s'agrandit (d'abord la mère, puis la famille, l'école, les pairs, d'autres adultes...). Chaque stade est d'abord déterminé par une fonction interne (oralité, analité, génitalité). Le mode de résolution du conflit dépend des ressources individuelles et de l'environnement, de même qu'il dépend de la façon dont les conflits ont été résolus antérieurement. À chaque stade, la réponse de l'environnement doit être différente en ce sens qu'elle doit correspondre aux nouveaux besoins et aux nouvelles tâches de croissance de l'individu. Tout au long de sa croissance, l'individu tend d'abord vers plus d'autonomie, c'est-à-dire plus de capacité de décider, faire des choix qui engagent des aspects importants de sa vie. Ensuite, il acquiert toujours plus de capacité d'agir à l'aide de moyens de plus en plus nombreux et différenciés selon les situations rencontrées et il devient de plus en plus capable d'exercer son propre jugement sur la réalité.

Le type de courbe suivie au cours de l'évolution des stades d'Erikson est discontinu. Selon le modèle embryologique, la prédominance d'un organe donné et sa maturation déterminent l'accès à un stade. Que le conflit d'un stade soit résolu ou non, l'individu est amené à la tâche de la résolution du conflit du stade suivant au moment physiologiquement déterminé. Comme en embryologie, il y a des chances d'échec, de déviation qui affectent l'évolution de façon permanente. Il y a possibilité de fixation à un stade ou de régression à un stade antérieur.

Chaque stade est caractérisé par un enjeu fondamental qui se présente comme un conflit entre deux pôles.

Les conséquences de cet enjeu vont se prolonger durant toute la vie.

B) Étapes du développement psychosocial

Confiance-méfiance (oralité)

La confiance de base est dérivée des expériences de la première année. Toute relation est perçue sous forme d'absorption. Il est

d'importance cruciale de livrer aux sens les stimuli et la nourriture avec *l'intensité* convenable et au *moment* voulu.

La présence et la qualité de la mère ou du substitut convenable est fondamentale. De ces prérequis, dépend la confiance de base qui signifie que l'enfant a appris à accorder sa confiance à l'environnement pourvoyeur et à se considérer lui-même comme assez digne de confiance et capable de contrôler ses impulsions.

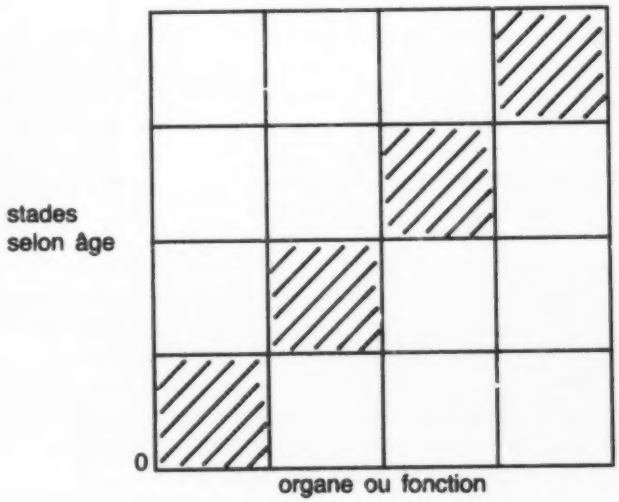


Tableau 2
Diagramme du modèle de l'évolution des stades selon Erikson

Autonomie vs honte-doute (analité)

La maturation musculaire et la parole évoluent rapidement à cette phase. Ceci implique une capacité de coordination d'un certain nombre de modèles d'activité conflictuels caractérisés par des tendances à l'obstination et au laisser-aller. C'est le début de l'expérimentation d'une volonté autonome. L'enfant a besoin de soutien et de protection dans le désir de se tenir sur ses pieds pour lutter contre le sentiment de s'être exposé prématurément (honte) contre la méfiance secondaire et contre le doute envers sa famille.

Initiative vs culpabilité (génitalité)

L'enfant apprend à se déplacer avec plus de liberté et d'agressivité. Son rayon d'action est plus large. Son sens du langage fait qu'il comprend et interagit inlassablement. Langage et locomotion lui permettent d'étendre son imagination à plusieurs domaines. La marche devient moyen et non but. Il fait l'expérience de ce qu'il peut faire par rapport à ce qu'il veut faire. Son mode d'apprentissage devient pénétrant et énergique à travers la locomotion, la curiosité, la parole et l'attaque.

Sa première modalité sociale est celle de faire et de réaliser. Il a un début de conscience qui peut être cruel et rigide. L'issue positive pour l'enfant est la conviction croissante qu'il peut réussir sans craindre la culpabilité. C'est l'âge du jeu à travers lequel il apprend où commence le travail et où finit le jeu sans rencontrer toujours des interdictions. Il apprend la direction vers ce qui est possible surtout à travers le comportement des parents.

Industrie vs infériorité

C'est l'âge de l'école et de l'attachement aux maîtres à travers lequel l'enfant peut observer, imiter les gens qui représentent des occupations qu'il peut saisir. Il s'oriente vers le besoin de connaissance et doit avoir liquidé le besoin de la figure maternelle. C'est le début de la comparaison avec les pairs. La vie scolaire doit favoriser le sentiment de compétence: libre exercice du savoir-faire et de l'intelligence dans l'accomplissement de tâches sérieuses qui ne donne pas lieu au sentiment infantile d'infériorité. L'enfant a besoin d'une contrainte ferme à apprendre et à réaliser des choses auxquelles il aurait plus ou moins pensé de lui-même mais dont l'attrait vient du fait qu'elles font partie du monde adulte et de la réalité.

Identité vs confusion (puberté-adolescence)

L'adolescent est face aux rôles adultes. C'est l'étape de l'intégration des éléments d'identité associés aux stades de l'enfance mais dans un cadre social plus large: la société remplace le milieu familial et scolaire. Le jeune recherche des personnes à qui accorder sa foi. Il bâtit sa confiance en soi et aux autres. Il exerce sa capacité de vouloir librement par la recherche d'occasions décider sans s'exposer au ridicule. Il devient capable d'imaginer le futur et de planifier. Il a besoin d'une ambition réaliste et recherche la satisfaction de faire et de réaliser avec excellence. L'échec aboutissant à l'aliénation et à la confusion est relié à des doutes antérieurs, à l'imposition d'un rôle de force ou à l'impossibilité d'établir une identité professionnelle. La

société doit offrir des idéaux partageables par la jeunesse comme, par exemple, l'autonomie, l'indépendance et l'initiative sous forme de travail constructif.

Intimité vs isolement

C'est l'étape du jeune adulte où l'identité doit être établie. Des intimités sexuelles précèdent souvent la capacité de développer une véritable et réciproque intimité psychosociale avec une autre personne. Ceci suppose la maturité génitale et la générosité de l'intimité. L'échec ou l'aliénation réside dans l'isolement, l'incapacité de risquer son identité en partageant une véritable intimité.

Générativité vs stagnation

Cette étape est dominée par la préoccupation d'établir et guider la génération montante. Toutes les institutions codifient l'éthique de la succession de la génération suivante. Les structures de communauté ont évolué pour établir un ensemble de méthodes qui mettent chaque génération à même de faire face aux besoins de celle qui monte.

Intégrité vs désespoir

Étape de l'acceptation du seul et unique cycle de vie dont on dispose et des personnes devenues signifiantes pour celui-ci. Acceptation des responsabilités face à sa propre vie.

Conclusion au développement psychosocial

Ce modèle permet de faire ressortir l'importance relative des divers milieux sociaux selon l'étape du développement de l'individu : la famille, l'école, les pairs. Il se situe en complément du modèle de développement intrapsychique en ce sens qu'il en articule les étapes à l'expérience sociale et montre comment la réponse de l'environnement peut orienter le mode de résolution individuel des conflits intérieurs relatifs à la définition de l'identité, des forces et des faiblesses de la personne.

Ici, le passage d'une étape à l'autre est universel en ce sens qu'il est déterminé en grande partie par les étapes du développement biologique. Ce n'est donc pas l'accession à une étape qui est signe de progrès mais bien un certain succès à résoudre le conflit qu'elle sous-tend.

Des études transculturelles amorcées par Erikson (1963) lui-même tendent à montrer une certaine universalité de cette séquen-

ce. Les variations se situent dans la durée des étapes, leur mode d'expression et la façon dont les diverses cultures y répondent.

2.4 Développement adulte

On ne retrouve pas d'étude aussi détaillée de la vie adulte que l'ont fait les théories du développement de l'enfant. À partir d'un modèle existentiel, Gail Sheehy (1977) a décrit des étapes de l'expérience affective et de ses transformations. Ce modèle en reste toutefois à des descriptions de réactions à des événements externes et met l'accent sur le concept de soi qui ne constitue qu'une des dimensions mises en cause lors de la maturation.

G. Vaillant (1977) offre un modèle d'une étude longitudinale en profondeur portant sur un groupe d'hommes et dont le but est de déterminer les caractéristiques psychologiques personnelles reliées à l'adaptation.

Son approche met l'accent sur le pouvoir d'adaptation favorisé par l'organisation des structures intrapsychiques individuelles. Bien qu'elle relègue au second plan les dimensions contextuelles et qu'elle ne se base que sur le développement de sujets masculins dans la culture américaine, cette étude nous éclaire sur les facteurs de force dans la vie psycho-affective individuelle.

L'étude Grant menée par Vaillant ne cherche pas tant à définir les caractéristiques des étapes de la vie adulte qu'à relever les facteurs les plus déterminants à chaque étape, d'une adaptation future positive. Ses fondements théoriques reposent en grande partie sur les hypothèses d'Erikson.

Elle documente cependant de façon plus détaillée la période entre 20 et 50 ans. Dans cette étude, l'adaptation a été mesurée en fonction de quatre grands domaines de la vie : le travail, la famille, la santé physique, la vie psychologique. Comme il s'agit d'une étude longitudinale, la perspective historique à travers chacune de ces dimensions s'avère importante.

Nous avons choisi de présenter ici un résumé très bref des caractéristiques des étapes définies lors de l'étude Grant.

La méthode de cette recherche a consisté essentiellement dans l'étude et la description en profondeur d'histoires individuelles. On n'obtient pas comme dans le cas des modèles précédents une théorie originale aussi organisée de la personnalité. Les appuis théoriques demeurent les modèles psychanalytiques de l'élaboration du système intrapsychique et de l'élaboration des mécanismes de défense, développement articulé sur l'univers social à la manière

d'Erikson. Les principes de base et le mode d'interaction individu-environnement ne seront donc pas repris ici.

Soulignons cependant que les changements observés au cours de la maturation adulte se situent principalement dans le domaine du système de croyances et de l'expression instinctuelle.

La maturation des sujets de l'étude Grant était étroitement liée à l'utilisation de mécanismes de défense ou d'adaptation de plus en plus élevés dans la hiérarchie des niveaux suivants:

1. Mécanismes de type psychotique:
   déni, distortion, projection hallucinatoire.
2. Mécanismes immatures (communs dans la dépression grave, les désordres de personnalité de l'adolescence)
   fantaisie (retrait schizoïde, déni à travers la fantaisie) projection, hypocondrie
   comportements passifs-agressifs
   acting out.
3. Mécanismes névrotiques (communs chez la plupart des gens)
   intellectualisation (isolation, comportement obsessif)
   refoulement
   formation réactionnelle
   déplacement
   dissociation.
4. Mécanismes adultes (communs chez les adultes « sains »)
   sublimation, altruisme, suppression, anticipation, humour.

L'opportunité de l'utilisation de ces mécanismes doit être aussi évaluée en fonction du contexte et des facteurs de vulnérabilité. Ainsi la base essentielle à la réalisation d'une adaptation saine se résume selon Vaillant en quatre grands facteurs pouvant se classer en deux domaines, le domaine contextuel et le domaine individuel.

Contextuel: 1. les opportunités et les obstacles créés par la classe sociale, l'ethnie, l'âge, le sexe, les changements sociaux majeurs
2. les sources externes de support et d'orientation.

Individuel: 1. les ressources personnelles comme l'intelligence, la santé et le choix des défenses
2. l'investissement d'effort pour son propre compte: la motivation à la réalisation personnelle.

Voici pour chacune des trois étapes de la vie adulte relevées par Vaillant un portrait succint des tâches et des modes d'adaptation observés chez les hommes « sains » de l'étude.

L'adolescence (la première fois)

L'étude Grant a retrouvé ici les caractéristiques mises de l'avant par Erikson et Anna Freud. L'adolescence implique un processus de différenciation de soi douloureux. L'identité est formée à partir d'une séparation de la famille, tout en intériorisant ces personnes aimées, c'est-à-dire, en conservant l'attachement au plan affectif à travers l'adoption de certaines de leurs caractéristiques telles que les valeurs. La séparation favorise une réelle maturation alors que l'intériorisation préserve du sentiment de solitude. L'étude Grant montre qu'une adolescence explosive n'est pas nécessairement contraire à un bon ajustement adulte si le contrôle des émotions en préadolescence a été réussi. La désorganisation peut être ainsi vue comme une fonction adaptative qui ne constitue pas pour l'adolescent un moment de crise particulièrement dramatique. L'état de crise est rare et s'associe plutôt à de la vulnérabilité psychologique.

Intimité et consolidation de la carrière

À la suite du désengagement envers le passé, la personne doit réétablir des liens viables entre lui et le monde extérieur. La préoccupation majeure du jeune adulte de 20 à 30 ans est sa capacité de succès à l'établissement de liens d'intimité. C'est le moment du choix du conjoint et de l'approfondissement des liens d'amitié qui respectent les différences individuelles par opposition aux amitiés adolescentes qui correspondent à l'image idéale de soi. Les sujets de l'étude Grant se sont avérés plus capables de relations intimes au milieu de la vingtaine lorsque la séparation de la famille et l'identité propre sont bien réalisées. Une fois les relations recimentées à l'intérieur de la famille, la personne devient disponible pour l'étape entre 25 et 45 ans, qui concerne la consolidation de la carrière à travers le travail ainsi que l'investissement dans la famille nucléaire. On observe que le succès à cette période est plus relié au caractère de l'individu préadolescent qu'à celui de l'adolescent, en y ajoutant le désir du succès pour se différencier des pairs plutôt que de s'identifier à eux. La période de consolidation de la carrière, la trentaine, a été peu étudiée et presque mise de côté par Erikson. L'étude Grant y voit une caractéristique principale : le changement extérieur constitué par l'acquisition, l'assimilation et finalement la mise de côté des modèles de rôles ou des mentors non parentaux.

Générativité (seconde adolescence)

La cinquième décade arrive avec la réévaluation des vérités de l'adolescence et de la période du jeune adulte. Au cours de cette

période, les hommes de l'étude Grant délaissent les aspects compulsifs de leur travail pour s'adonner à plus d'exploration intérieure. Une nouvelle « tempête » dans la vie instinctuelle vient perturber le conformisme de la trentaine à la manière de la période houleuse de l'adolescence. Une certaine crainte se fait sentir; on a cru qu'il s'agissait d'une crainte de la mort alors qu'il serait plus juste d'y voir la crainte du changement. La dépression de la quarantaine est liée au fait que les hommes confrontés à la réactivation instinctuelle sont plus honnêtement capables de reconnaître leur douleur. Ils peuvent devenir plus préoccupés du service aux autres que du succès dans leur carrière. Il y a une remise en question des valeurs et des buts précédents qui engage dans une nouvelle incertitude. Encore ici les crises dramatiques sont exceptionnelles. Les choses se passent de façon telle que si les événements du cycle de la vie surviennent au moment propice, il y a rarement crise; il y a anticipation et préparation.

Conclusion au développement adulte

Cinq grandes conclusions ressortent de l'observation à long terme de la vie de plusieurs hommes. Tout d'abord, il semble que les événements traumatiques isolés ne soient pas autant responsables des changements du cours de la vie d'un individu que le fait de vivre un chaos soutenu dans la relation avec les personnes significatives. Deuxièmement, le fait que les adultes changent est une découverte majeure par rapport à plusieurs études précédentes qui passaient outre cette grande période de la vie. La troisième conclusion s'oriente vers les théories selon lesquelles la maladie mentale apparaît plus comme un processus de réaction à un stress excessif qu'un déficit intrinsèque indépendant. Quatrièmement, l'étude tend à montrer que les processus d'adaptation basés sur les mécanismes de défense diffèrent les uns des autres et peuvent être évalués selon une hiérarchie et utilisés pour prédire la croissance adulte et la santé mentale. Ainsi les mécanismes de défense deviennent des variables critiques qui déterminent si le stress environnemental produira la maladie mentale ou une saine croissance.

En cinquième lieu ressort l'affirmation selon laquelle la santé mentale existe vraiment selon un continuum à la manière de différentes habiletés. Le fait d'avoir alors des enfants adolescents constitue une autre source conflictuelle de croissance au milieu de la vie. L'adulte dans la quarantaine doit user d'honnêteté et réussir à dépasser de fortes défenses pour reconnaître ses propres tensions instinctuelles à travers l'éveil des pulsions chez son enfant.

L'échec de la générativité est relié selon Erikson à de mauvaises identifications aux parents, à un amour de soi excessif basé sur l'établissement trop astreignant d'une personnalité « self made », dans le manque de foi et d'investissement dans la génération grandissante. Les hommes de l'étude Grant n'ayant jamais dépassé la consolidation de carrière sont demeurés des gardiens de l'« établissement » et tout en cherchant toujours à atteindre le sommet n'ont jamais atteint le point où ils savaient se préocuper plus des autres que d'eux-mêmes.

2.5 Développement du moi de Loevinger

Le modèle théorique de cette échelle se base sur les mêmes principes structuraux que les échelles cognitives de Piaget, Selman et Kohlberg. Elle représente une tentative d'intégration de plusieurs domaines de la personnalité en une seule échelle. Nous la présentons ici comme le tableau d'un modèle théorique offrant une perspective d'ensemble sur l'évolution multidimensionnelle de l'individu.

Loevinger décrit pour chaque stade les acquisitions par rapport au stade précédent, le type de contrôle des pulsions, la base de ce contrôle ou le mode de jugement moral, le type de préoccupation pour les autres, le style interpersonnel ou le mode de relation aux autres, les préoccupations conscientes et le mode de pensée cognitive. Toutes ces dimensions sont considérées en fonction de leur contribution à l'établissement du moi de la personne autonome.

Sans en décrire chacune des étapes, nous nous contenterons de les présenter à l'intérieur d'un tableau-synthèse mettant en parallèle les diverses échelles présentées jusqu'ici. Cette approche conjugue deux (2) objectifs: tout d'abord, montrer comment chacune des échelles décrit l'évolution de dimensions différentes mais probablement interdépendantes; ensuite, montrer comment à différents moments de sa vie chaque personne fait face à une tâche de maturation multidimensionnelle de même qu'elle connaît des changements sur plusieurs plans qui modifient son mode d'appréhension et d'interaction avec son environnement.

L'interdépendance des échelles est actuellement difficile à objectiver clairement. Cependant, il existe des travaux expérimentaux montrant par exemple une relation entre les échelles cognitives du développement, de telle sorte qu'un certain niveau de pensée logique est nécessaire mais non suffisant à l'apparition du niveau correspondant d'acquisition de rôle et le jugement moral correspondant. L'expérience sociale et l'occasion de résolution de problè-

mes interactionnels et moraux constituent le facteur complémentaire essentiel. Les parallèles entre les autres échelles sont surtout établis sur la base du fait que deux étapes surviennent simultanément et impliquent un contenu d'expérience semblable. À venir jusqu'à maintenant, ces mises en correspondance ont été surtout appuyées par l'expérience clinique.

2.6 *Implications*

Il semble difficile d'aborder la question de la santé mentale sans inclure la notion de changement et d'évolution selon les étapes de la vie. Les échelles présentées ici illustrent comment à divers niveaux de la personnalité ces changements s'opèrent en relation avec les facteurs individuels, ceux de l'environnement et ceux qui résultent de l'interaction entre les deux. Elles font aussi ressortir comment ces changements suivent certaines directions.

Malgré les différences entre les modèles présentés, il apparaît que l'évolution de la personne s'oriente vers une conscience plus aiguë du monde extérieur en même temps que se développe la conscience du monde intérieur ou de la dimension multiple de la personnalité humaine. S'opère alors aussi une différenciation de soi par rapport aux autres et une différenciation de réalités objectives et subjectives de plus en plus subtiles. L'évolution se fait aussi vers une plus grande capacité de résoudre des problèmes d'ordre logique et social de plus en plus complexes.

D'autre part, il apparaît nettement que le mode d'appréhension du monde et de sa propre expérience est qualitativement différent selon l'étape de croissance. Il ne s'agit pas de considérer les étapes dans leur aspect normatif mais bien plutôt de noter leur signification quant aux critères à utiliser pour reconnaître qu'un individu donné se trouve ou non en santé mentale. Par exemple, la notion d'autonomie souvent incluse dans les critères de santé mentale n'existe vraiment dans un cadre de développement qu'à une étape avancée de la croissance. Peut-on dire pour autant que l'enfant ou la personne qui manifeste un mode de relation dépendante correspondant à une étape antérieure n'est pas en santé mentale ?

Étant donné que les fonctions décrites dépendent souvent pour leur transformation d'une interaction continue, il est possible de voir comment un certain environnement crée les conditions adéquates soit pour favoriser certains modes de fonctionnement, soit pour offrir une stimulation à la croissance. Ainsi, un milieu de vie qui réclame un mode de pensée concrète pour la résolution des problèmes ne fournira pas d'occasion de stimulation vers la pensée formelle ; par

ailleurs, l'atteinte de ce dernier mode de pensée ne s'avère pas un but utile pour un individu vivant dans ce contexte.

L'axe de développement offre aussi une méthode pour considérer l'interaction entre les dimensions affectives et cognitives. Il devient clair par exemple que sans la capacité de distinguer les actes imaginés (pensée intuitive) des actes réalisés, l'intention et la conséquence de l'acte sont vus comme une même chose, ce qui entraîne une forte culpabilisation de soi par exemple à l'époque de la phase œdipienne.

Il faut souligner ici cependant que la correspondance inter-échelles demeure encore mal connue. Il semble que pour certaines dimensions la correspondance soit plus exacte alors que pour d'autres, elle demeure très variable. Il va de soi que la correspondance se retrouve plus à l'intérieur d'un même domaine de la personnalité.

Il reste que l'on s'entend plutôt actuellement sur une certaine flexibilité de la correspondance entre les étapes d'une échelle à l'autre. Pour un individu donné par exemple, ceci prendrait la forme illustrée au tableau 3 où les lignes représentent le continuum d'évolution d'une dimension et chacun des points, l'étape à laquelle l'individu est parvenu à un moment donné à chacune des dimensions.

Tableau 3*

Nous avons souligné quelques lacunes des différents modèles présentés. Le problème de leur applicabilité à travers les cultures touche surtout les modèles cognitifs. C'est pourquoi on doit plutôt s'attarder à regarder les étapes décrites comme des grilles utiles pour comprendre l'expérience affective et cognitive de l'individu à différents moments de sa vie. Elles peuvent servir de guide pour reconnaître les besoins liés aux tâches et aux défis d'une étape. Ceci peut s'avérer utile pour offrir à un milieu des indications sur le type de conditions à offrir à des individus ou des groupes précis.

* Ce mode d'illustration a été suggéré par le Dr H. Kravitz

Pensée logique Piaget	Pensée SOCIALE MORALE Selman — Kohlberg	Développement PSYCHOSOCIAL Erikson	Adaptation-Adulte Vaillant	Développement du Moi Loevinger
Sensorimoteur Réflexes. Exercices des fonctions motrices et sensorielles. Action sur les objets et perception de leur existence séparée **Pensée intuitive symbolique** Langage. Représentation mentale sans raisonnement **Pensée concrète** Début de raisonnement sur des objets manipulables. Considération d'autres points de vue	**Stade 0** Points de vue non différenciés pas de notion d'intentionalité bien et mal selon les conséquences physiques **Stade 1** Centration sur un seul point de vue. Intention à l'origine de l'action. Bien et mal déterminés par l'autorité **Stade 2** Conscience de la subjectivité des autres. Bien et mal comme échanges réciproques **Stade 3** Mutualité et entente de groupe Bien et mal en fonction de la règle d'or	**Confiance de base — Méfiance** Oralité — absorption Confiance dans les pourvoyeurs Confiance en soi digne de confiance **Autonomie — Honte — Doute** ANALITÉ — ÉVACUATION Maturation musculaire Début de volonté — autonomie Soutien des éducateurs **Initiative-Culpabilité** Activité locomotrice — début de fantaisie et conscience — jeux et limites **Industrie — Infériorité** Scolarité — connaissances — compétences — rôles		**Présocial** Autistique : Inexistence du moi tâche de différenciation du monde des objets Symbiotique : Tâche de différenciation de la mère. Rôle du langage Impulsif : Identité favorisée par besoin d'agir, faire, refuser **Autoprotection** Début d'intériorisation des contrôles **Conformisme** Identité liée au groupe — famille, pairs

Pensée formelle Abstraction — raisonnement Hypothético-déductif	**Stade 4** Conscience de la complexité de la psychologie individuelle et des différents niveaux de points de vue Bien égale maintien de l'ordre social — nécessité d'adhésion aux lois	**Identité — Diffusion** PUBERTÉ — Intégration d'identité de l'enfance dans un cadre plus large : SOCIÉTÉ **Intimité — Isolement** Réciprocité dans AMITIÉ, ÉROTISME, etc. Assurance de son identité **Générativité — STAGNATION** Établir — guider génération suivante selon éthique et institutions **Intégrité du moi vs désespoir** Acceptation du cycle individuel de vie	**Adolescence (première fois)** Différenciation Séparation Intégration des modèles parentaux **Intimité — Consolidation** De carrière Nouveaux liens d'intimité Travail orienté vers un succès personnel original **Générativité seconde Adolescence** Réévaluation des vérités Orientation vers la génération suivante	**Conscience** Responsabilité — aspiration et buts personnels — jugement nuancé. Besoin de performance **Individualiste** Accentuation du sens de l'individualité — reconnaissance de complexité des déterminants de la vie **Autonome** Capacité de composer avec les conflits intérieurs. Besoin de réalisation de soi **Intégré** Consolidation du sens d'identité

Développement affectif

Buhler		Freud et psychanalystes	
1 an	Stade objectif ouverture au monde extérieur liaison subjective avec l'objet	Naissance :	Narcissisme — auto-érotisme primaire
2 ans	Extension des relations avec le milieu grâce au langage.	6-12 mois :	Stade oral Relation avec le bon objet partiel maternel Mode d'incorporation et de rejet Mauvais objets : perception frustrantes — anxiogènes
3 ans			Stade sadique — anal Importance des fonctions d'excrétion (expulsion — retention de l'objet) La discipline sphinctérienne d'origine parentale établit un système primaire de contre pulsions
4 ans			
5 ans	Stade de l'objectivation		
6 ans	Construction du réel et adaptation		Stade phallique génital Identification du moi : premières relations objectales Complexe d'œdipe exigeant une acceptation du corps sexué Angoisse de castration
7 ans	au cadre social familial		
8 ans			Phase de latence Organisation de l'appareil psychique Constitution du moi et de l'inconscience (ça et son moi)
9-12 ans	Stade du retour à la subjectivité et primauté du moi Éloignement du monde extérieur et critique de tout ce qui en vient		Construction de la pensée sociale, logique et morale soustrayant la vie psychique au principe du plaisir pour la placer sous l'influence du système de la réalité
13-15 ans	Différence d'évolution sexuelle Chaque sexe développe sa personnalité avec retour vers l'extérieur autrui et constitution des valeurs culturelles et sociales.		

Prépuberté	Réactivation des tendances infantiles refoulées Réactualisation du choix objectal (identification sexuelle et choix de l'objet libidinal) Masturbation et homosexualité
Puberté	Poussée libidinale assurant définitivement le choix de l'objet hétérosexuel
15 ans	Intégration du choix objectal dans l'organisation du moi social, intellectuel et moral

Spitz

0 à 2 mois	*Stade préobjectal* narcissisme primaire insatisfaction ou quiétude en fonction de stimuli immédiats
2 à 3 mois	*Stade de l'objet précurseur* Passage de perception interne à perception externe Perception visuelle de l'être humain
3-6 mois	Communication mère-enfant sur une base affective (Affect de plaisir et déplaisir) Réactions à la présence et à l'absence
6 à 7 mois	Réactions de peur Réponses significatives à l'égard de la qualité des visages Amis ou étrangers
8e mois	*Stade de l'objet libidinal* Angoisse véritable à l'absence de la mère l'objet libidinal est constitué et identifié
8 à 10 mois	Immitation sur la base affective des relations avec la mère Balbutiements en relation avec l'objet libidinal

On remarque enfin qu'il est possible d'observer à travers les changements contextuels le maintien de certaines constantes dans la psychologie individuelle ainsi qu'une tendance à l'évolution et au changement vers une intégration de plus en plus grande de la complexité des réalités internes et externes. Cette évolution se fait dans tous les domaines de la personnalité et, chose remarquable, dans chacun des domaines elle se trouve étroitement liée à la qualité et la richesse des relations interpersonnelles appropriées à l'étape du développement.

3. Axe contextuel

Il ne suffit pas de dire que le contexte influence la santé mentale à travers son action lors de la formation de la personnalité, comme nous venons de le voir, ou par le biais de ses exigences et des tensions qu'il génère pour l'individu. Cette idée avait déjà globalement été exprimée au siècle dernier par le psychiatre Adolf Meyer qui postulait l'existence d'une action conjointe des facteurs biologiques et sociaux dans la production des troubles psychiatriques. Il insistait déjà sur la nécessité de repérer les influences familiales, sociales et culturelles sous-jacentes aux troubles psychiatriques (Leighton, 1982). Il faisait ainsi écho, en psychiatrie, au courant phénoménologique et à son insistance sur la nécessité de toujours étudier l'homme « en situation ».

Il est important de pouvoir préciser davantage les éléments en jeu, de deux manières différentes:

— en indiquant quels sont les éléments de contexte qu'il est important de considérer;

— en examinant la manière dont se manifeste cette influence du contexte ainsi que les mécanismes suivant lesquels elle opère.

Les recherches empiriques dans ce domaine demeurent encore relativement parcellaires. Chaque fois que possible, nous y ferons référence. Il s'agira alors généralement de travaux liés à des problèmes de santé mentale qui nous indiqueront en négatif certaines des conditions minimales au maintien de la santé mentale. Ailleurs, nous nous limiterons à indiquer des pistes et à poser des questions.

3.1 Une approche systémique du contexte de la santé mentale

L'influence du contexte sur les problèmes de santé mentale s'est affirmée à partir de travaux réalisés dans deux secteurs différents:

— des enquêtes de population effectuées dans une perspective épidémiologique, qui ont montré l'influence de certains facteurs sociaux sur les problèmes psychiatriques; dans la plupart de ces travaux, les facteurs sociaux sont cependant décrits comme variables discrètes de type démographique ou socio-économique. Ces variables permettent en fait de définir quelle est la position que l'individu occupe dans le champ social: comme homme ou femme, comme jeune ou vieux, comme pauvre ou nanti par exemple, mais elles permettent mal de saisir les traits saillants d'une dynamique sociale et d'élaborer des interventions qui leur correspondent;

— des études plus cliniques portant sur la genèse et le traitement des problèmes psychiatriques. Les théories élaborées sur cette base mettent l'accent sur le rôle de la famille, qu'il s'agisse de la famille d'origine ou de la famille actuelle, mais elles ont souvent du mal à préciser quelle est la place de la famille par rapport à un champ social plus vaste.

Ces deux perspectives, l'une macrosociale et l'autre microsociale, se sont enrichies d'apports venant de disciplines connexes.

D'un côté, l'anthropologie et la psychiatrie transculturelle ont étoffé les perspectives macrosociales en montrant que les sociétés diffèrent dans leur manière d'aménager les problèmes psychiatriques et de les expliquer; elles ont aussi montré que des facteurs d'ordre social influencent le cours des problèmes psychiatriques. Parallèlement, l'étude-pilote internationale de l'Organisation mondiale de la santé sur la schizophrénie a démontré que cette entité clinique se retrouve dans des contextes très différents, avec un noyau central que l'on observe partout. Par contre, la même étude a montré que le pronostic de ce type de problème diffère significativement selon les pays, l'évolution la plus défavorable s'observant au Danemark et la plus favorable, au Ghana (WHO, 1979).

Des travaux à orientation plus anthropologique suggèrent quels sont les facteurs d'ordre socioculturel qu'influencent ce cours des problèmes psychiatriques et peuvent contribuer à leur « chronicisation »: les valeurs, normes et attitudes présentes dans une société, la manière dont on réagit aux problèmes, les solutions que l'on aménage, le fonctionnement des systèmes de support naturels, l'orientation et la mise en acte des systèmes d'interprétation (Mur-

phy, 1982; Sheper-Hughes, 1979; Cooper et Sartorius, 1977; Corin et Bibeau, 1980). Ces études nous conduisent à nous interroger sur notre propre contexte socioculturel et sur la manière dont il se reflète tant au niveau de la santé mentale et de ses problèmes qu'à celui de ce que la société ou des groupes plus particuliers aménagent pour tenter de les affronter (Corin et Lauzon, 1985).

Parmi les concepts intéressants mis au point par les anthropologues et les chercheurs en sciences sociales dans ce contexte, il faut citer:

— le concept de *continuité et de discontinuité culturelles* qui fait référence aux modifications qui interviennent au niveau des valeurs et des normes auxquelles les individus se trouvent confrontés au cours de leur trajectoire de vie, ou à celles qui interviennent au cours d'un processus de changement social; l'étendue et la rapidité de ces transformations paraissent liées au caractère plus ou moins stressant de leur impact (Mead, 1956). De manière voisine, en introduisant le concept de cohérence culturelle, certains soulignent que nos sociétés sont dominées par une contradiction entre les normes affirmées au niveau des valeurs collectives (fraternité, valorisation du sacrifice) et les règles qui prévalent de fait dans la société capitaliste (concurrence économique et lutte pour le statut social) (Benedict, 1938);

— le concept de *complexité culturelle* qui fait référence au nombre, à la diversité et au degré d'organisation des éléments culturels que doivent maîtriser les individus pour évoluer dans le champ social et culturel auquel ils appartiennent. Une complexité trop grande du contexte socioculturel peut entraîner des problèmes d'orientation pour les membres les plus vulnérables de la société (Devereux, 1970);

— le concept de *désorganisation sociale* qui est lié aux deux concepts qui précèdent et qui qualifie un type particulier de complexité sociale ou de discontinuité culturelle; le degré de désorganisation d'une société paraît directement lié à l'importance des problèmes de santé mentale que l'on y rencontre (Leighton et al., 1963); certains ont suggéré que les individus intériorisent la désorganisation du système social. L'*anomie*, qui renvoie à une absence de réglementation ou encore à un manque de fixité et de régularité dans le rapport au groupe, représente un aspect particulier de la désorganisation sociale et peut également se traduire par un manque de contrôle ou de repères internes, par une impatience généralisée à l'égard de toute norme.

D'un autre côté, le concept de réseau social a permis d'étendre l'étude des relations sociales concrètes au-delà du cercle familial et d'y intégrer les divers rapports sociaux qui tissent l'existence quotidienne. La notion de système de support naturel, fort populaire actuellement, est née dans le contexte de ces travaux sur les réseaux sociaux et veut décrire une portion du réseau social, définie à partir du type d'échange qui y circule.

Nous voyons ainsi qu'il faut faire *« éclater » la notion de contexte social* et y distinguer différents niveaux. Nous avons choisi de regrouper les données relatives au contexte de la santé mentale en deux grands champs:

— le *champ social général* dans lequel nous regroupons ce qui a trait au contexte culturel (valeurs, rapport à la temporalité, rôles familiaux), à l'environnement, aux conditions de vie et aux structures de prise en charge;

— le *champ relationnel* qui comprend l'environnement familial, les réseaux sociaux et leur écologie sociale.

3.2 Un contexte général de société

L'impact du contexte social sur la santé mentale peut être abordé de deux manières différentes: à un niveau que l'on pourrait qualifier d'événementiel, qui met en relief les stress et conflits liés à un fonctionnement social et en repère l'impact sur les personnes, et à un niveau plus structurel qui examine la manière dont le contexte social et culturel oriente les façons d'être et les modes de réaction des membres de la société ou de groupes particuliers. Nous nous intéresserons à l'une et l'autre de ces perspectives mais en mettant l'accent sur la seconde qui nous paraît plus directement liée à une problématique de santé mentale; les actions qui visent cette dernière doivent en effet s'ancrer dans une connaissance des dynamiques socioculturelles qui caractérisent notre société ou certains segments de la société et chercher à s'y articuler, d'une manière ou d'une autre.

Les sociétés occidentales ont connu de nombreux changements au cours de ces vingt dernières années. Après avoir vécu une période de croissance rapide, qui s'est entre autres traduite par une survalorisation des valeurs de consommation et la recherche de l'hédonisme, nos sociétés sont à présent engagées dans une phase de décroissance dont on mesure mal quels seront les effets. On commençait seulement à comprendre les répercussions multiples de la croissance aux niveaux social et individuel, et la manière dont se spécifiait cet impact suivant que l'on était, ou pas, engagé dans le

mouvement général; déjà cependant, les paramètres établis se révèlent dépassés et il faut une nouvelle fois réorienter nos perspectives.

Au Québec, les changements sociaux ont été particulièrement marquants en raison de leur concentration au cours d'une période de temps relativement courte qui a abouti à la « révolution tranquille », et à cause de l'importance des ruptures introduites alors dans une société qui était demeurée encore largement rurale, cléricale et traditionnelle.

Il faut aussi tenir compte de l'isolement culturel du Québec, terre d'une minorité française sur le continent nord-américain, et de la manière dont cette situation spécifique a affecté tant sa perméabilité aux influences extérieures que les réactions qu'elles ont suscitées. On peut penser que cette situation particulière « redouble » les enjeux ou les traverse d'une dimension spécifique dont on a du mal à saisir la portée réelle.

Pour décrire ces transformations et tenter de comprendre leur impact en regard de la santé mentale, on peut se placer sous deux perspectives: mettre l'accent sur la déstructuration des formes passées et sur l'effet négatif de cette dernière; s'efforcer parallèlement d'examiner ce qui se réorganise dans ce contexte. La première est généralement mise en avant dans les études qui se centrent sur les problèmes psychiatriques; la seconde, qui demeure moins documentée, est sans doute particulièrement pertinente quand on s'interroge sur la santé mentale et les facteurs de contexte qui l'encouragent.

Notre présentation des éléments du contexte qui paraissent liés d'une manière ou d'une autre à la santé mentale sera nécessairement partielle et relativement arbitraire, même si elle repose sur un examen de la littérature récente dans ce domaine. Les points présentés ont une valeur d'illustration et veulent fournir un certain nombre de repères qui orientent le regard que nous portons sur la société qui nous entoure tout en fournissant des indications pouvant guider les interventions.

A. Une transformation au niveau des valeurs de base*

Les changements qu'a connus la société québécoise au cours de ces vingt dernières années se sont accompagnés de transforma-

* Cette section s'est partiellement appuyée sur certains des documents présentés par Julien Naud dans un travail rédigé pour le Secrétariat du Comité de la santé mentale du Québec sous le titre: *Éléments culturels et santé mentale des Québécois* (été 1983).

tions importantes dans le domaine des valeurs. Elles ont eu lieu sous l'action conjugée de deux causes : d'une part, la confrontation au pluralisme qui a accompagné l'ouverture de la société québécoise vers le monde extérieur et d'autre part, une contestation généralisée des formes traditionnelles d'autorité associées aux valeurs anciennes. L'analyse que fait Dubuc (1981) de ce processus fait ressortir le lien étroit qui existe de manière générale entre le champ des valeurs et les modes d'organisation sociale.

Les changements qui ont eu lieu peuvent être décrits sous deux angles principaux : celui d'une diversification des valeurs sociales et celui de l'émergence d'une valorisation du « moi » individuel.

A.1 Un nouveau pluralisme

Si l'on considère d'abord le premier de ces points, on peut relever qu'un de ses indices est la transformation des pratiques et croyances religieuses, dont les répercussions sont d'autant plus importantes que l'Église catholique occupait une fonction de « lien » dans la société traditionnelle franco-québécoise. La contestation des références religieuses traditionnelles a en fait pris deux formes différentes : celle d'une sécularisation des institutions et des modes de pensée, qui a fait sortir de la sphère d'influence de l'Église de larges pans de la vie publique et de la vie privée et a contribué à réorienter différemment nos modes de vie ; et celle d'une critique interne des formes religieuses traditionnelles, avec l'apparition de mouvements intérieurs ou parallèles aux grandes religions (renouveau charismatique, nouvelles formes de pentecôtisme, sectes).

La disparition du monopole de l'Église catholique a été concomitante à une situation de « fission sociale » au Québec (Montminy et Zylverberg, 1981). Ce contexte général a amené une remise en cause des formes de vie familiale, du rapport à la sexualité et à la fécondité, des formes traditionnelles d'assistance.

Par ailleurs, des recherches effectuées récemment dans la société québécoise montrent que les valeurs traditionnelles demeurent malgré tout importantes pour de larges couches de la population, particulièrement les valeurs qui concernent la vie familiale (Asselin, 1980). Au second rang apparaissent cependant, avant le travail, des valeurs relativement égocentrées comme le désir de bien-être, de santé, d'harmonie intérieure, d'amour. Le pouvoir, l'entrepreneurship, la créativité, dont on peut penser qu'ils procurent une prise active sur la réalité, sont relativement peu valorisés. Il faut sans doute nuancer la portée de ces conclusions, dans la mesure où les

techniques de cueillette de données utilisées dans ces enquêtes (comme le recours à des questions à réponses précodées) les rend sans doute peu sensibles à l'émergence de nouvelles orientations.

Quoiqu'il en soit, ce pluralisme relatif de la société contemporaine s'est répercuté au cours de ces dernières années dans le champ de l'éducation scolaire dont certains ont réinterrogé la vocation en regard de la formation de la personnalité.

On a vu s'affronter trois positions différentes (Morin et Naud, 1978). Devant ce qu'ils ressentent comme la difficulté que présente dans notre société la transmission de valeurs de base aux jeunes, certains ont demandé au ministère de l'Éducation d'identifier et de nommer les valeurs à transmettre afin de guider les enseignants dans leur tâche. Les autres se sont vigoureusement opposés à cette démarche en se référant à deux types d'arguments opposés. Les uns (Savard et Lacroix, 1981) continuent à affirmer que la famille est le seul lieu de transmission des valeurs, l'école n'étant qu'« un lieu de transition, très passager » ; il faut noter que cette position tend à s'accompagner d'une réaffirmation de l'importance des valeurs traditionnelles québécoises. D'autres mettent au contraire l'accent sur l'intérêt que présente la diversification actuelle des valeurs, qui fait écho à celle de la société elle-même. Dès lors, le milieu scolaire n'aurait à transmettre aucune valeur particulière, sa seule tâche étant de promouvoir la notion d'excellence et le sens de l'autonomie qui lui est lié.

A.2 Un repli sur le moi

Le second aspect qui caractérise les transformations actuelles dans le champ des valeurs est ce que l'on pourrait appeler un repli normatif sur le moi, au sens où ce dernier devient la référence privilégiée, critère d'évaluation et d'action. Bastide (1965) avait déjà noté que l'isolement est devenu une véritable idéologie dans la société contemporaine : qu'il s'agisse de l'idéal chrétien de sauver son âme ou des lois économiques qui valorisent la compétition individuelle afin d'améliorer son propre statut social. Les normes culturelles encourageraient un repli sur soi.

Au cours de ces dernières années, ce repli sur le moi a pris des formes particulières sous l'influence des nouvelles thérapies qui ont fleuri dans notre société et partout en Amérique du Nord durant de ces dix dernières années. Elles insistent sur l'importance de prêter attention à ses sensations, ses aspirations, son potentiel humain ; le soi est défini comme le domaine du corps, du ressenti, de l'expérien-

tiel. Le rapport à soi, au corps, à la sphère intérieure (apparents dans les danses actuelles ou dans la mode des « walkman ») sont des indices de l'importance de ces nouvelles orientations dans la vie des jeunes.

Dans ce contexte, la recherche de la jouissance et de la réalisation personnelle revêt une valeur de norme. Lasch (1981a) parle de cultures narcissiques et d'une invasion de la société par le moi; il interprète ce mouvement comme l'aboutissement ultime de la logique individualiste caractéristique de notre système économique.

On pourrait dire que le succès remporté par la chanson d'Angèle Arsenault (« J'la veux toute, toute, toute la vivre ma vie, je ne veux pas l'emprisonner ») illustre le niveau de popularité atteint par ce courant de pensée.

Dans une étude effectuée en milieu cégépien, Chamberland (1980) a montré les implications de cette valorisation du moi par rapport aux attentes des étudiants à l'égard de leurs études et à leur attitude à l'égard du travail. Les étudiants perçoivent ce dernier comme un pur moyen de gagner sa vie mais qui aliène en même temps profondément leur temps et leur liberté; c'est dans une sphère différente, celle des expériences privées affectant le vécu intime, que se déploient les aspirations des cégépiens. La chanson québécoise qui parle de « perdre sa vie en la gagnant » illustre cette nouvelle attitude vis-à-vis du travail.

Les conditions socio-économiques actuelles et le manque de perspective d'avenir qu'elles impliquent pour de nombreux jeunes accentuent certainement ce mouvement; il est frappant de voir certains professeurs y faire écho. Les autres, qui continuent à prôner l'accomplissement de soi par le travail et la vie professionnelle, risquent par contre de se trouver en porte-à-faux par rapport à leurs étudiants.

D'autre part, le système social dans son ensemble demeure dominé par des valeurs de rentabilité, de profit, en sorte que l'on assiste à une dichotomie croissante entre les principes agis au niveau de la société et les valeurs poursuivies au niveau individuel. Certains craignent que cette situation n'entraîne une augmentation de la gestion ou de l'encadrement de personnes désintéressées de la « chose publique » et moins poussées à transformer leurs conditions d'existence ou à adopter une position active par rapport à ces conditions (Lasch, 1981b).

Il serait cependant incomplet de ne pas mentionner dans la société québécoise l'existence d'un courant inverse qui s'écarte de la concentration sur le moi, l'intimité, la jouissance dont nous venons

de parler. C'est celui qui anime la constitution, en marge des systèmes officiels, de groupes d'entraide ou de référence qui recréent des formes de solidarité sur d'autres bases que les solidarités anciennes; nous y reviendrons.

A.3 Les implications

On peut penser que ces modifications et les contradictions relatives dans nos systèmes de valeurs ont des conséquences importantes, tant positives que négatives, sur le plan de la santé mentale. Il est vraisemblable qu'elles permettent aux individus les plus forts d'aller plus avant dans la réalisation d'eux-mêmes et de faire preuve de davantage de créativité. D'autre part, elles posent des problèmes sérieux d'identité et d'orientation aux individus plus fragiles: que ce soit en raison d'une vulnérabilité individuelle ou à cause de leur position structurelle dans la société.

Comme exemple de ce dernier problème, on peut citer une étude effectuée dans des communautés rurales canadiennes, qui établit une relation entre des conflits de valeurs au sein des villages francophones les plus traditionnels et l'importance des troubles schizophréniques. Le conflit porte plus particulièrement sur le rapport entre une image traditionnelle de la femme idéale et les normes liées à un style de vie plus moderne. L'inconsistance et la confusion culturelles qui en résultent affectent les individus vulnérables à ce type de conflit (Murphy et Lemieux, 1967).

Au niveau de la société québécoise générale, nous avons déjà mentionné les répercussions que ces transformations ont au niveau de l'éducation, et on peut penser que plusieurs professeurs ne sont pas suffisamment armés, ni personnellement ni techniquement, ni assez épaulés pour pouvoir les affronter de manière constructive. On pourrait dire la même chose en ce qui concerne les parents souvent mal préparés à affronter une situation qui leur échappe. On a peu trouvé jusqu'à présent de modes d'action qui se situent à l'intérieur même de l'univers des jeunes et de ses coordonnées spécifiques, et qui s'efforcent de cheminer avec eux. Nous verrons plus loin que les femmes, et de façon complémentaire les hommes, ainsi que les personnes âgées subissent également l'action ou le contre coup de ces changements dans le domaine des valeurs.

Un des enjeux de la société actuelle pourrait consister, selon la terminologie utilisée par Montminy et Zylverberg (1982), à transformer une société « plurielle », où les différences s'étalent de manière éclatée ou juxtaposée, en une société « pluraliste » basée sur l'acceptation normative de la diversité.

B. Le rapport au temps et à l'histoire

B.1 Un rapport ambigu à l'histoire

Le rapport à l'histoire et au devenir constitue une dimension importante de l'identité des personnes et des groupes, particulièrement dans nos sociétés judéo-chrétiennes construites sur l'idée d'un temps progressif et irréversible. Ce rapport au temps a été décrit de deux manières différentes dans les sociétés occidentales contemporaines.

Certains ont mis en avant le mythe du progrès qui y prévaut. Ce dernier proclame que « ce qui est nouveau est meilleur » et amène à désirer constamment autre chose : l'insatisfaction étant le produit du système de valeurs occidental.

Un autre courant met plutôt l'accent sur un refus de la temporalité. Ainsi, Lasch (1981) explique en partie l'orientation narcissique de nos sociétés par une modification de notre rapport à l'histoire. Il la relie au fait que la plupart de nos théories scientifiques et économiques s'avèrent impuissantes à expliquer de larges pans de la réalité actuelle ; nous avons perdu l'espoir de soumettre le cours de l'histoire à une direction rationnelle. Nous en retirerions le sentiment d'une imprévisibilité du monde qui nous entoure et qui contraste avec l'attitude d'optimisme développée à la fin du siècle dernier.

Ce sentiment d'avoir perdu prise sur l'avenir s'accompagnerait d'une dévalorisation du passé ou tout au moins d'une diminution de sa pertinence comme guide ou modèle en regard du présent et de l'avenir. Le repli sur le présent et sur le soi constituerait une réaction de défense contre ce sentiment général : la recherche de l'expansion de la conscience ou du développement personnel s'enracinant dans notre perte de tout espoir de changer la société.

On peut penser que la menace nucléaire qui pèse sur nous accentue chez certains ce sentiment d'une non-maîtrise par rapport à l'avenir et, peut-être, une attitude de repli sur soi.

B.2 La spécificité québécoise

Au Québec, le rapport à l'histoire se présente de manière particulière en raison de la situation historique propre à cet État. Il est intéressant de voir que le recours au passé et un réenracinement dans l'histoire ont constitué, au cours de ces dernières années, un des leviers principaux dont se sont servi les gouvernements pour mobiliser l'énergie populaire et tenter d'opérer des modifications structurales dans la réalité sociopolitique du présent. En retour, le

relatif échec de ce dernier mouvement paraît avoir entraîné une démobilisation partielle de l'intérêt des Québécois pour leurs racines.

Il faut aussi noter que, dans le même mouvement, on a réinscrit au programme des écoles et des cégeps les cours d'histoire que l'on avait cru bon de supprimer il y a une dizaine d'années. Les programmes paraissent par ailleurs surtout centrés sur une histoire locale justifiant un présent immédiat, et beaucoup moins sur une histoire universelle dont on s'attacherait à saisir les grands courants.

Lasch situe aussi dans cette perspective d'un rapport problématique à l'histoire la peur de vieillir et de mourir qui caractérise les sociétés occidentales. L'accent placé dans plusieurs des nouvelles thérapies sur « l'ici-et-maintenant » reflète sans doute dans un autre champ le même mouvement de base.

B.3 Les implications

Cette difficulté d'un rapport au temps se retrouve ainsi au niveau des individus et de leur difficulté à vieillir, à affronter l'origine aussi bien que la mort ; à celui des rapports sociaux, avec son nivellement des relations entre les âges et les générations, et la difficulté de transmettre aussi bien que de recevoir connaissances et expériences de vie ; à celui de la société également.

Au niveau des rapports interpersonnels, cette tendance peut sans doute aider à promouvoir des rapports sociaux plus égalitaires, ou plus « vrais », comme elle peut contribuer à désorienter les individus plus fragiles.

Au niveau de la société, le fait de raconter son histoire demeure une manière de regarder son présent, le silence éventuel du passé renvoyant à notre difficulté de dire notre présent et notre place dans un monde plus vaste. On observe différents indices de cette nostalgie du passé : par exemple, la revalorisation de la méthode des histoires de vie, la production de documents sur la période de l'Entre-deux-guerres, le succès de la mode rétro. Il s'agit cependant dans ces différents cas d'un passé proche qui prolonge la mémoire directe.

C. Les structures familiales

Les structures familiales constituent un révélateur particulièrement sensible des transformations qui surviennent au niveau d'une société globale. Les modifications qui ont affecté les familles québécoises sont principalement de trois ordres : les unes concernent les structures familiales proprement dites et sont d'ordre sociodémo-

graphique ; les autres touchent plus directement au fonctionnement de la dynamique familiale, à travers une redéfinition des rôles et des relations entre les membres de la famille ; d'autres enfin concernent la prégnance de la famille comme point de référence significatif.

C.1 Des modifications structurelles

Les changements structurels principaux qui ont affecté les familles québécoises au cours de ces dernières décennies concernent d'une part le mariage lui-même et de l'autre, la taille des unités familiales (La pierre-Adamcyk et Pèron, 1983).

Sur le plan de la nuptialité, deux faits sont frappants : l'augmentation du nombre des divorces, qui fait que la séparation fait partie de l'horizon du mariage dès le départ, et la multiplication du nombre de « mariages sans papiers » ; l'officialisation de l'union n'apparaît plus comme une condition à la cohabitation ni, ce qui est sans doute plus nouveau, au fait d'avoir des enfants. Au niveau de la taille des familles, on a observé une chute brutale du nombre d'enfants par couple en sorte que l'on rencontre surtout de petites unités familiales où avoir trois enfants et plus devient relativement rare. De plus en plus, la stérilisation définitive est utilisée comme méthode de contraception dès l'âge de 25 ans.

Ces deux niveaux de conditions influencent directement l'environnement dans lequel grandissent les enfants : d'une part, le père ou la mère risquent de sortir de la vie de l'enfant de plus en plus tôt, ou d'en être absent ; de l'autre, l'environnement familial direct et étendu (parenté et cousins) devient de plus en plus limité.

Par ailleurs, on connaît mal la manière dont les nouvelles unités familiales s'inscrivent dans un ensemble plus vaste de rapports sociaux. Ainsi des travaux ont montré que la « nucléarisation » de la famille (réduite aux parents et aux enfants) dans la société moderne ne représente que le versant le plus apparent de la réalité sociale ; on observe aussi dans nos sociétés industrielles l'existence de « familles étendues modifiées » (Litwak, 1965), fondées non plus sur la proximité géographique comme dans les anciennes grandes familles, mais sur des échanges de communications et de services entre des unités familiales qui conservent davantage leur autonomie.

C.2 Des modifications dynamiques

Parallèlement à ces transformations des formes extérieures de la vie familiale, des changements plus subtils, et peut-être encore plus fondamentaux, sont en train de s'opérer dans les relations familiales.

Ils concernent d'une part une redéfinition des positions de l'homme et de la femme dans la famille et, de l'autre, celle de leurs rapports aux enfants.

Au niveau des relations dans le couple, les comportements concrets du mari et de la femme ont sans doute moins changé que les discours qui les concernent. On peut cependant penser que la diffusion des nouveaux modèles s'est faite beaucoup plus largement et qu'elle traverse, au moins sur les plans de l'imaginaire ou des attentes, la vie de nombreux couples.

La redéfinition des positions de père et de mère dans l'unité familiale s'est faite concurremment et paraît aller dans le sens d'une homogénéisation des rôles: les femmes revendiquent le droit au travail et demandent la mise en place de structures qui puissent prendre les jeunes enfants en charge, alors que l'âge de la première scolarisation était demeuré jusqu'à présent étonnamment tardif au Québec. Les hommes redécouvrent les registres de l'intimité et de l'affectivité et s'occupent de plus en plus de leurs jeunes enfants. Des couples où l'homme demeure à la maison, au moins à temps partiel, pour prendre soin des enfants ne sont plus tout à fait une exception. Dans le cas d'une séparation des parents, les pères revendiquent à présent des droits de départ égaux à ceux des mères en regard de la garde des enfants.

De manière générale cependant, la redéfinition des rôles de la femme, en tant que mère et épouse, s'est faite de manière plus radicale que celle des rôles masculins, et elle a acquis au Québec une visibilité collective particulièrement grande qui en fait un des enjeux sociaux importants de notre époque. Un observateur extérieur à la société québécoise a suggéré récemment que le discours féministe pourrait tenir au Québec une place analogue à celle qu'occupe la lutte des classes en France (Grivois, 1984). Les hommes commencent seulement à organiser leur réaction mais paraissent piégés dans leurs désirs simultanés de soutenir les revendications des femmes, de se protéger de la remise en cause personnelle qu'elles impliquent pour eux et de revendiquer pour eux-mêmes le droit aux positions féminines traditionnelles.

Cette asymétrie générale du questionnement explique sans doute que de nombreuses femmes estiment qu'elles ne peuvent accomplir les changements désirés qu'en sortant de l'unité familiale, ce processus étant à l'origine de divorces qui présentent une dynamique particulière par rapport à ceux que l'on rencontrait aux époques précédentes.

De manière générale, la rapidité de la transition fait que les personnes disposent de peu de modèles pour s'orienter dans le nouveau contexte et y élaborer de nouveaux rôles sociaux.

C.3 La famille comme structure de référence

Plusieurs des fonctions qui étaient autrefois l'apanage de la famille ont été transférées, au cours des dernières décennies, à d'autres institutions, la fonction affective lui demeurant associée de manière spécifique (Grandmaison, 1977). La famille resterait un des rares lieux d'intégration globale de la personne dans une société fragmentée, disloquée, programmée.

Dans les faits cependant, on a l'impression d'assister à une sorte de décalage entre ce projet familial intégrateur et des forces centrifuges qui poussent tant les conjoints que les enfants à chercher à l'extérieur du cadre familial un ancrage plus diversifié pour les diverses facettes de leur existence. L'homogénéité de l'unité familiale ne correspond plus à la multiplicité des cadres de référence dans notre société. On observe ainsi que, pour les jeunes particulièrement, les lieux de référence significatifs tendent à se déplacer vers des groupes de pairs où peuvent se vivre des expériences et des valeurs d'un autre type.

En ce qui concerne les conjoints, il faut par ailleurs tenir compte du fait que le type d'économie et la répartition des rôles dans la société québécoise traditionnelle tendaient aussi à induire une séparation entre univers masculin et féminin, articulant chacun des époux sur des sphères de référence relativement distinctes. La modification se situerait ainsi surtout au niveau d'un élargissement des contextes qui délimitent ces références masculines et féminines et à celui de leur émancipation par rapport aux cadres de la parenté et du voisinage.

C.4 Les implications

Il est difficile de cerner l'ampleur des conséquences engendrées par ces diverses modifications sur le plan de la santé mentale. On a par exemple peu étudié les nouvelles formes de vie familiale (familles monoparentales ou couples non mariés qui décident de fonder une famille) sous l'angle de leur insertion dans un contexte plus large et celui de leur dynamique relationnelle.

Les familles monoparentales constituent actuellement une des clientèles cibles sur lesquelles se centrent les interventions et on met l'accent sur les difficultés (matérielles, affectives, sociales) par-

fois énormes que rencontrent les responsables de telles unités familiales. On connaît cependant peu de chose des modes de réorganisation qui peuvent se mettre en place dans ce contexte. On peut mentionner ici sur un plan formel la création de groupes de femmes chef de famille et sur un plan plus informel, l'importance que revêtent les relations d'amitié et de voisinage pour les familles monoparentales (Miller, 1982).

On a peu étudié également les implications précises du fait de grandir dans le contexte des nouvelles familles ou tout simplement dans une unité familiale plus restreinte : la marge d'autonomie dont doit faire preuve l'enfant ou le jeune pour contrebalancer les forces de dépendance qui opèrent dans ce contexte ainsi que les moyens sur lesquels il peut s'en sortir.

Une étude exploratoire se basant sur les demandes de consultation en milieu populaire montréalais (Valla, 1983) suggère par ailleurs que certains aspects de la dynamique familiale québécoise peuvent entraîner pour les jeunes des problèmes plus ou moins importants selon les cas.

Il s'agit des rapports qui peuvent s'instaurer progressivement entre une femme fortement centrée sur la maison et les enfants, et son mari qui se sentirait progressivement exclu de cet univers domestique. Ce dernier tendrait alors à se replier sur un « extérieur » à la famille : le travail, les loisirs, les amis. Dans ce contexte, les jeunes auraient tendance à développer d'abord des comportements agressifs qui cherchent à attirer l'attention et qui se transformeraient en un syndrome caractérisé par la dépression et l'anxiété après l'âge de 12 ans.

Si le nivellement des rôles paternel et maternel représente un effort pour échapper à cette structure problématique, il n'est pas sûr que la solution qu'il présente soit d'une grande aide pour les enfants qui grandissent dans ce contexte ; ils peuvent avoir du mal à se différencier de repères eux-mêmes confondus et à se situer comme des individus autonomes. On retrouve ici l'idée d'un interchangement entre les personnes et les rôles, déjà mentionné lorsque nous avons parlé de la temporalité. On a même l'impression que certains voudraient inclure l'école, le voisinage... dans cette zone d'intimité et de non-distance.

D. Une nouvelle écologie sociale

D.1 Une urbanisation rapide

Une des caractéristiques de nos sociétés modernes est la constitution de grands espaces urbains. Ce mouvement a différents niveaux d'implication. On peut dire que l'attraction qu'exerce l'urbanité a des effets concrets très directs. En amenant l'exode des populations rurales, elle a pour conséquence immédiate de vider les campagnes et d'y laisser une population vieillissante et de plus en plus marginalisée. Sur un plan plus subtil, cette attirance joue aussi au niveau de l'imaginaire. Elle pousse les personnes des milieux ruraux à intérioriser les images, les modèles et les normes du milieu urbain et les conduisent souvent à évaluer en négatif les traits spécifiques à leur ruralité. Ces deux niveaux d'impact s'exercent surtout sur les jeunes.

Face à cette migration importante qui attire vers les villes les résidents des campagnes, on peut se demander quelles sont les caractéristiques différentielles des personnes qui choisissent de partir et de celles qui décident de rester. On peut penser que les membres les plus entreprenants du groupe tendent à quitter des milieux où les conditions de vie sont souvent difficiles; d'autre part, l'attraction que les métropoles exercent sur les personnes marginales est également un phénomène connu. De manière générale, les statistiques indiquent un vieillissement des populations des campagnes, ce qui est la source d'un déséquilibre sociodémographique aux multiples conséquences.

La migration peut se faire des villages vers de petits centres locaux, ou de ces derniers vers les grandes métropoles, amenant alors des ruptures beaucoup plus dramatiques dans les modes de vie et les liens sociaux, en même temps que se vident certaines parties du pays.

Nous assistons donc à la naissance d'une nouvelle écologie sociale qui s'accompagne de modifications importantes dans les rapports interpersonnels; ces derniers auraient tendance, en milieu urbain, à se fragmenter et à devenir davantage instrumentaux.

D.2 Un espace urbain diversifié

On a généralement tendance à penser que l'urbanisation s'est accompagnée d'une augmentation du taux des problèmes psychiatriques. Cette relation semble relativement démontrée dans le cas des troubles dépressifs (Mueller, 1981), et on l'a expliquée par la

détérioration de la qualité et de la quantité des relations sociales de support en ville. Ce rapport apparaît cependant moins certain dans le cas des autres catégories de problèmes (Neff, 1983).

Souvent en effet, les études n'ont pas suffisamment tenu compte de la variable socio-économique et plusieurs des différences observées entre milieu rural et milieu urbain disparaissent lorsque l'on contrôle son action.

Quand on s'interroge sur le rapport entre urbanité et problèmes psychiatriques, il faut aussi être très attentifs aux indicateurs utilisés. Dans certains cas, les données peuvent renvoyer à des différences au niveau de la visibilité des problèmes dans les différents milieux ou à des variations dans le degré de tolérance à l'égard des individus déviants, plutôt qu'à des différences réelles de prévalence.

Par ailleurs, la ville ne constitue pas un espace urbain homogène. Dès les années 30, l'école sociologique de Chicago a montré que les problèmes psychiatriques et sociaux se répartissent différemment en fonction des zones urbaines. Si l'on répartit l'espace urbain en zones concentriques, on observe une concentration maximale de phénomènes pathologiques, particulièrement de problèmes de schizophrénie, au niveau de la seconde zone qui est également celle de la plus grande désorganisation; leur importance diminue au fur et à mesure que l'on s'en éloigne et progresse vers la périphérie. En fait, cette répartition paraît caractériser surtout les grandes métropoles urbaines, et beaucoup moins les villes de moindre importance.

On a émis plusieurs hypothèses pour expliquer cette répartition des problèmes. Citons entre autres: l'hypothèse d'une causalité sociale, qui pose que le caractère désorganisé de certaines zones urbaines entraîne une augmentation du nombre des individus schizophrènes dont la déstructuration interne ferait écho à celle du milieu (Faris et Dunham, 1939); l'hypothèse de la sélection sociale ou de la dérive, qui implique plutôt que des personnes qui présentent certains types de troubles ont tendance à descendre dans l'échelle sociale et à se trouver concentrées dans des milieux défavorisés et désorganisés; celle de la « ghettoisation » sociale de patients psychiatriques exclus des zones urbaines plus organisées (Aviram et Segall, 1978); celle de l'autosélection ou de la ségrégation volontaire, qui suggère que les patients tendent à se retirer dans des quartiers défavorisés en raison de leur plus grande tolérance à des comportements déviants et à cause de l'anonymat qu'ils garantissent.

On a caractérisé les quartiers à haut taux de problèmes sociaux et psychiatriques par la désorganisation sociale, l'anomie et l'isolement. Il faut cependant observer que ces traits négatifs n'épuisent pas la réalité de ces quartiers. En effet, des études effectuées auprès de chambreurs résidant dans les centres-villes de grandes villes américaines comme New York y ont mis en évidence l'existence de réseaux sociaux sous-jacents à l'apparente désorganisation sociale. Ces réseaux permettent l'échange d'une série de services instrumentaux indispensables à une survie dans des conditions matérielles souvent extrêmement précaires; en même temps, leur structure particulière permet aux personnes de préserver une zone d'autonomie, culturellement valorisée dans la définition de l'identité dans des milieux matériellement dépendants de toute une série d'institutions (Sokolovski et Cohen, 1978).

D.3 Un espace rural également problématique

Face aux problèmes dont l'évidence paraît plus grande en milieu urbain, on a souvent tendance à idéaliser le milieu rural ou à lier les problèmes que l'on y observe à des modifications récentes de ce milieu. Il faut cependant se rendre compte que les milieux ruraux traditionnels offraient également à leurs membres moins de rôles sociaux et tendaient à définir ces derniers de façon plus rigide (Bastide, 1965; Murphy et Lemieux, 1967). La ville offrirait une gamme beaucoup plus étendue de rôles sociaux, fournissant ainsi des possibilités de réalisation individuelle beaucoup plus flexibles et ajustables aux attentes et caractéristiques individuelles.

Une étude effectuée dans 14 villages canadiens (Murphy, 1965) fait en outre ressortir que les contraintes perçues en regard des rôles sociaux s'exacerbent lorsque s'amorce un certain processus de changement social qui entraîne une modification des attentes et de l'image de soi alors que les conditions de vie et les normes sociales demeurent inchangées. Dans le cas des personnes âgées, le processus paraît s'inverser mais manifeste un décalage similaire lorsque la réalité de leur situation dans la société ne répond plus aux attentes qu'elles s'étaient forgées en regard de leur vieillesse future. On assiste dans ce cas à une sorte de contradiction culturelle ou de confusion au niveau des repères; les individus s'y sentent piégés et ces conditions peuvent provoquer ou exacerber les problèmes chez les individus vulnérables.

Nous voyons que c'est dès lors moins le niveau de ruralité ou d'urbanité en soi qui sont liés à des problèmes de santé mentale que des caractéristiques plus fines des rapports sociaux et des règles

culturelles. D'autres ont parlé du rôle de la désorganisation relative des sociétés (Leighton et al., 1963).

D.4 Une réalité québécoise plus ambiguë

La réalité socioculturelle québécoise se prête mal à cette dichotomie entre espaces rural et urbain. Une des raisons en est le caractère relativement récent de l'urbanisation dans la province. Le Québec d'il y a 20 ans était essentiellement rural, géographiquement et au niveau de ses valeurs de référence. Il est ainsi frappant de voir que l'on a expliqué par le maintien d'une mentalité et de modes d'échanges « ruraux », la façon dont les montréalais ont surmonté la crise économique des années 30 (C. Tremblay, 1983).

Il semble que jusqu'à présent, une métropole comme Montréal demeure essentiellement axée sur la notion de quartier et constitue en fait le rassemblement, dans un ensemble plus vaste, d'une série d'unités locales qui sont caractérisées par des traits distinctifs et demeurent le cadre dans lequel continuent à se dérouler une série d'activités. Ces quartiers continueraient à demeurer un lieu d'identification sociale pour leurs résidents (Marsan, 1983).

Par ailleurs, l'urbanisation de la province a aussi été particulièrement dramatique puisque les 3/4 de la population habitent dans le périmètre de grands centres urbains, la moitié autour de Montréal.

D.5 Des implications

Dans le cas de la société québécoise, les éléments marquants à retenir sont la rapidité avec laquelle ont eu lieu simultanément l'ouverture de la société vers le monde extérieur et la transformation des valeurs d'une part, et l'urbanisation de la population d'autre part. Une complexification rapide du contexte socioculturel paraît dès lors caractériser ces deux dernières décennies : à la suite de la confrontation à des valeurs et des styles de vie hétérogènes, et en raison de la diversification et de la complexité des structures sociales. Or, on a fait d'un tel processus une des sources importantes des troubles de santé mentale dans les sociétés complexes, en raison des problèmes d'orientation qui lui sont liés. Ceci serait particulièrement important dans le cas des troubles schizophréniques (Devereux, 1970).

Nous avons également vu qu'il faut se garder d'idéaliser les milieux ruraux et que les individus peuvent y être soumis à des stress et des conflits au moins aussi importants qu'en milieu urbain. Une atmosphère de déclin socio-économique peut contribuer à renforcer la rigidité ou accentuer l'anomie des rapports sociaux.

Par ailleurs, dans la mesure où le tissu urbain québécois demeure articulé en quartiers plus restreints et plus homogènes, il est sans doute important de renforcer et de soutenir ces dynamiques locales; elles peuvent prolonger les aspects les plus positifs des relations rurales tout en fournissant des points d'ancrage, des lieux de référence et d'appartenance à des citadins de plus en plus nombreux.

Il faudrait voir si l'on peut développer la même approche « locale » des quartiers les plus défavorisés de nos grandes villes. Récemment, des organismes qui travaillent avec des populations de chambreurs à Montréal ont attiré l'attention sur ce qui leur paraît être la « psychiatrisation » progressive de la population des chambreurs et des itinérants. Il serait important que les travaux ne se limitent pas à répertorier les zones de l'espace urbain qui paraissent les plus problématiques à cet égard et qu'ils se préoccupent parallèlement de mieux saisir les aspects, positifs et négatifs, de la dynamique sociale qui y prévaut ainsi que la signification qu'ils revêtent dans le contexte de la trajectoire de vie de la personne.

E. Le contexte socio-économique général*

La crise socio-économique que connaissent actuellement la plupart des sociétés occidentales a deux types de répercussions: elle entraîne une détérioration réelle des conditions de vie de larges pans de la population, et elle se répercute dans l'image d'un monde imprévisible, menaçant, où il est de moins en moins certain de pouvoir trouver une place et de la conserver.

E.1 Le champ de la pauvreté

Il faut avoir conscience du fait que la notion de pauvreté a évolué dans nos sociétés durant ces dernières décennies. On pourrait dire qu'elle s'est « enrichie » de nouvelles dimensions qui en étendent le champ et la rendent plus difficile à cerner de l'extérieur. Il y a vingt ans, une enquête effectuée au Québec montrait qu'une partie de la population demeurait coincée dans des problèmes de survie qui monopolisaient l'entièreté des énergies individuelles (Tremblay et Fortin, 1963) et les maintenaient dans un monde « séparé », « autre », celui des pauvres.

* Cette section s'est partiellement appuyée sur la documentation présentée au Secrétariat du Comité de la santé mentale du Québec par Marthe Larochelle sous le titre *Population défavorisée et santé mentale* (Été 1983).

Dix ans plus tard, une enquête similaire montrait que la grande majorité des personnes se rejoignent au niveau de désirs et d'aspirations communes, auxquels chacun se sent le droit d'accéder (Langlois, 1982). Cette homogénéisation de la société québécoise en regard des aspirations répond sans doute en partie à la diffusion croissante des discours sur la démocratie et la participation, discours qui ont été repris par les dirigeants politiques et ont donné lieu à une réorientation des programmes, dans les domaines de la santé et de l'éducation par exemple. Elle reflète également l'influence croissante de la publicité et des idéaux de consommation qu'elle exhorte.

On peut penser que ce processus est un facteur de pression qui encourage une plus grande justice sociale, en rappelant le décalage qui existe entre des discours centrés sur l'égalité des droits et des chances et une réalité qui demeure largement asymétrique. En projetant la privation sur le champ des représentations, les nouvelles aspirations rendent aussi plus fluides les limites de la pauvreté. On ne peut plus capter cette dernière par un certain nombre d'indicateurs objectifs, comme ceux qui définissent officiellement un « seuil de pauvreté » et il faut tenir compte de ce sentiment de privation relative que génère la comparaison de chacun aux idéaux de consommation ou aux styles de vie que diffusent les média, étendant ainsi le champ des « pauvres » et alourdissant leur vécu.

On peut dire que le réalignement des objectifs des programmes de santé, en fonction de la notion de « qualité de vie », fait écho à cette importance des aspirations dans la société québécoise contemporaine.

E.2 Le contexte socio-économique de la santé mentale

Les études sur l'impact du contexte socio-économique sur la santé mentale se sont placées dans deux perspectives.

La première, que l'on peut qualifier de synchronique, s'est intéressée à la répartition des problèmes psychiatriques suivant les classes sociales. Les études convergent généralement pour montrer que les problèmes psychiatriques tendent à augmenter lorsque l'on descend dans l'échelle sociale. Les personnes de milieux défavorisés apparaissent ainsi comme des « populations à risque », qu'il faut pouvoir rejoindre par des programmes d'intervention appropriés (Dohrenwend et Dohrenwend, 1981). Cette association entre classe sociale et problèmes psychiatriques serait particulièrement élevée en milieu urbain et en contexte minier.

La seconde perspective, illustrée par les travaux de Brenner (1976), adopte un point de vue plus diachronique et examine l'influence des cycles économiques sur les problèmes de santé mentale en considérant les variations dans les taux d'admission en hôpital psychiatrique à New York à partir de 1914. Les personnes seraient plus vulnérables à ce type de problèmes en période de modification du cycle économique, dans le sens d'une croissance ou, surtout, d'une décroissance. Les études sur les problèmes de santé mentale dans les villes à croissance rapide (boom towns) illustrent le premier de ces cas (Neufeldt et al., 1983); les problèmes associés à la crise économique actuelle illustrent le second. Par ailleurs, les personnes les plus affectées dans chacun de ces contextes tendraient à être un peu différentes. Les récessions économiques toucheraient davantage les secteurs urbains socio-économiquement faibles et les travailleurs qui possèdent des emplois précaires; ces problèmes se trouveraient accentués là où le tissu social offre peu de support matériel ou moral (Fortin, 1983).

E.3 Quelques mécanismes en jeu

Sur la base des études portant sur le rapport entre classe sociale et problèmes de santé mentale, certains ont soutenu l'idée que l'association observée n'est que « dérivée » et n'a pas de portée étiologique. Ils ont émis l'hypothèse qu'il existe un processus de *sélection sociale* par lequel des personnes déjà fragiles ont tendance à ne pouvoir atteindre le niveau d'éducation ou d'occupation correspondant à leur classe sociale et à descendre ainsi dans l'échelle sociale. Cette hypothèse, qui explique sans doute une partie de la réalité dans le cas des personnes psychotiques, s'applique moins facilement aux problèmes de santé mentale plus larges décelés par les enquêtes épidémiologiques.

Ceux qui insistent plutôt sur la vulnérabilité des personnes de milieux défavorisés invoquent différents mécanismes pour expliquer cette association. On peut les regrouper à partir du modèle stress-vulnérabilité présenté plus haut.

— Il existe une association directe entre la précarité des conditions socio-économiques et le *niveau de stress* que connaissent les personnes en rapport au monde du travail mais également dans plusieurs secteurs de leur existence comme la vie familiale, les rapports parents-enfants, la frustration de ses aspirations. Le nombre d'événements stressants que doivent affronter les personnes de milieu défavorisé serait ainsi plus élevé. Le statut

qu'elles possèdent dans la société détermine en outre la manière dont elles sont traitées par les autres et peut se répercuter au niveau de l'image de soi.

— Les personnes de milieu défavorisé paraissent également *moins bien armées* pour affronter ces différents stress. De manière générale, le type d'occupation qu'elles exercent ne leur permettrait pas d'acquérir le sentiment qu'elles exercent un contrôle sur leur environnement ou celui d'être situées dans un monde prévisible, par rapport auquel il est possible de planifier des actions précises. L'occupation et le type d'éducation reçue favoriseraient un style de pensée concrète qui rend plus difficile la maîtrise de sa situation matérielle (Kohn, 1968). Une activité professionnelle comme le travail à la chaîne interdirait en outre toute possibilité d'évasion fantasmatique.

— Pour certains, cette difficulté à affronter le monde extérieur s'enracinerait en outre dans les *valeurs transmises au cours de la socialisation* des enfants. Alors que les classes moyennes insisteraient sur l'autonomie et l'acquisition de visées à long terme, les parents de milieu défavorisé valoriseraient davantage la conformité à une autorité extérieure et n'apprendraient pas à l'enfant la flexibilité nécessaire à l'affrontement de conditions de vie changeantes.

Quand on considère les données qui ont été recueillies sur la coïncidence entre une aggravation des conditions socio-économiques et l'augmentation des problèmes de santé mentale, il faut par ailleurs demeurer prudent quant aux implications étiologiques que l'on en tire. Il faut différencier l'effet d'une modification du contexte sur la prévalence et l'incidence des problèmes et celui sur le degré de tolérance ou d'intolérance à l'égard des personnes affectées. Un indicateur comme le nombre d'admissions en hôpital psychiatrique peut refléter aussi bien l'importance des problèmes dans la communauté que le type de réponse que cette dernière élabore par rapport à ces problèmes. Rappelons encore ici que certains travaux suggèrent que c'est plus le décalage qui existe entre les aspirations et la réalité qui est pathogène que les conditions socio-économiques en elles-mêmes.

E.4 L'impact du non-travail

Le non-travail représente un des stress que rencontrent plus fréquemment les personnes qui vivent dans des conditions socio-économiques difficiles mais que connaissent cependant, et plus

fréquemment qu'avant, des personnes de couches plus favorisées de la société.

Si une des conséquences les plus directes de cette situation de non-travail est une *détérioration des conditions de vie* matérielles, ses répercussions dépassent largement ce domaine et se manifestent sur plusieurs plans :

- au niveau du *rapport à soi et aux autres*, en raison de la place centrale que continue à posséder la valeur-travail dans les sociétés occidentales contemporaines ; on retrouve cette idée chez ceux qui ont insisté sur l'impact négatif de la retraite pour les personnes âgées (Guillemard, 1977) ;
- au niveau d'une modification de la répartition des *rôles sociaux dans la famille*, modification dont l'ampleur se répercute sur le degré d'insatisfaction personnelle qu'entraîne l'absence de travail (Fortin, 1983) ;
- au niveau d'un *rapport à l'espace et au temps* que structure normalement largement la référence au travail ; la difficulté à occuper ses journées, la mise en cause de la notion de loisirs qui prend normalement son sens par son opposition au travail, manifestent parmi d'autres signes cette difficulté à réinventer un autre rapport à l'espace-temps ; le manque de ressources financières constitue un des obstacles à la possibilité d'une telle restructuration.

Ce que nous avons dit plus haut des *mécanismes d'adaptation* dans différentes classes sociales permet de penser que, dans une certaine mesure au moins, les personnes qui disposent de plus de ressources personnelles, sociales, culturelles sont mieux armées pour affronter le non-travail, comme cela a été démontré dans le cas de l'adaptation à la retraite (Guillemard, 1973). La situation est sans doute plus complexe :

- il faut tenir compte du paramètre des *attentes* individuelles et sociales, et du fait que le degré de « normalité » de la perte de travail varie selon les milieux et en affecte sans doute la valence stressante ;
- il faut considérer la *variable âge* ; l'impact du non-travail est différent par exemple quand, survenant chez les jeunes, il jette un doute sur leur possibilité de s'insérer dans la vie active et d'acquérir des responsabilités associées à la maturation ; survenant chez des personnes qui ont dépassé la cinquantaine, il projette une perspective indéfinie de non-travail sur l'avenir et leur renvoie l'image de leur vieillissement et de leur mise à l'écart de la société ;

— au niveau du *soutien que des relations sociales* pourraient fournir à l'individu pour l'aider à affronter cette période difficile, il faut tenir compte de la tendance des chômeurs à se replier sur soi en raison d'un sentiment de dévalorisation ou de la crainte d'une stigmatisation, à cause de contraintes économiques ou à cause du sentiment d'appartenir à un autre univers social que celui des amis qui sont demeurés au travail. Cette attitude de repli et d'isolement paraît augmenter avec l'allongement de la période de chômage.

De nombreuses contradictions subsistent dans les études concrètes qui ont cherché à mettre en évidence les répercussions négatives du chômage sur le plan de la santé mentale. Ces travaux demeurent limités sur le plan des populations rejointes, celui des méthodologies utilisées et celui des schémas d'interprétation. Fortin (1983) a fait en cette matière une bonne synthèse des données actuellement disponibles et de leurs limites.

De façon générale, on peut dire que les travaux pèchent par un excès de globalité (Demers, 1982) : en ne prêtant pas par exemple suffisamment d'attention aux différences introduites dans le phénomène lui-même par le type de travail antérieur au chômage ou par les circonstances qui ont accompagné la perte de l'emploi, ni au rôle de circonstances connexes à la cessation de travail. On n'a pas non plus suffisamment documenté les mécanismes par lesquels se produisent les changements observés et leurs différentes dimensions.

Par ailleurs, si l'on se place dans la perspective plus large de la santé mentale, il paraît évident que les différents aspects du non-travail sont importants dans la mesure où ils impliquent directement le rapport à soi et la position vécue dans le champ des rapports sociaux.

E.5 Les implications

Les rapports entre le contexte socio-économique et la santé mentale apparaissent ainsi importants et complexes à définir. D'ordre à la fois direct et indirect, les répercussions secondaires de conditions de vie difficiles ou d'un manque de travail sont difficiles à cerner mais sont sans doute particulièrement problématiques à long terme.

Certaines populations se révèlent particulièrement vulnérables à ces conditions de contexte. Nous avons fait particulièrement mention plus haut des problèmes que connaissent les jeunes chez lesquels le non-travail présente la connotation spécifique d'affecter l'entrée dans la vie active et risque de différer l'établissement d'une identité

personnelle et d'induire une augmentation de la dépendance à l'égard de la famille avec les conflits que cela peut générer.

Les pressions qui s'exercent sur les jeunes pour qu'ils trouvent un emploi renforcent en eux l'idée d'une responsabilité par rapport à l'absence de travail, en même temps qu'un manque de ressources financières entraîne un relâchement des rapports avec les amis (Demers, 1982). Le cas des jeunes illustre de manière particulièrement dramatique le décalage entre les attentes et projets de vie d'une part, et les contraintes de la réalité de l'autre ; les modifications qui surviennent dans les rapports à l'entourage diminuent les chances d'un soutien émanant de ce dernier et risquent d'augmenter l'impression de se sentir coincé ou piégé dans la situation. Enfin, des problèmes vécus à cette période de la vie risquent d'avoir des répercussions à long terme et d'engendrer un cercle vicieux en amenant une démotivation par rapport au travail et une diminution des aspirations professionnelles en même temps qu'augmentent objectivement les probabilités d'un chômage ultérieur. On ne s'est pas suffisamment intéressé aux répercussions psychosociales du sous-emploi des jeunes, sur la population encore à l'école, sur ses aspirations, ses choix professionnels et son rapport à la société.

On pourrait faire des analyses similaires en regard d'autres populations particulièrement vulnérables à la crise socio-économique, comme celle des femmes où les nouvelles aspirations introduites par la modification des rôles familiaux et sexuels ainsi que les nouvelles obligations qui pèsent sur elles à la suite du changement dans les structures familiales se heurtent aux contraintes de la situation socio-économique actuelle.

Si l'on se place dans une perspective de santé mentale et si on repart du schéma vulnérabilité/stress, on peut penser que les interventions ne devraient pas se limiter à prévoir toujours plus de services pour les populations « à risque ». L'enjeu actuel du développement dans ce domaine se pose sans doute moins en terme d'accessibilité, en milieu urbain tout au moins, qu'en terme du type de soutien à privilégier. Certains proposent de viser prioritairement un renforcement des mécanismes individuels et sociaux pouvant contribuer à l'aménagement des situations et de leur impact : en encourageant par exemple toute initiative qui peut aider les acteurs sociaux à ne pas demeurer captifs d'un sentiment croissant de non-maîtrise et de dépendance ; par la promotion de regroupements où puisse circuler un soutien social et se consolider une identité menacée ; en favorisant l'émergence de projets de vie, de formes d'engagement et d'initiatives qui redonnent prise sur l'environnement.

Les transformations technologiques qui ont marqué ces dernières années mettent en cause le rapport traditionnel au travail, la relation entre travail et loisirs et dès lors, nous l'avons vu, une des racines importantes de l'identité dans nos sociétés. Il est difficile d'évaluer dans quelle mesure une autre conception de l'individu est en train d'émerger, dans quels lieux sociaux elle le fait et quels traits elle emprunte. Le gouvernement peut difficilement se faire le berceau d'une telle conception; il s'agit d'être attentifs à cette redéfinition de la valeur — travail, qui pourrait être un des enjeux importants de la société future comme le suggèrent un certain nombre d'économistes actuels.

F. Des groupes en position de marginalité structurale

Certains groupes sociaux sont situés en marge de la société globale pour des raisons diverses et sont dès lors placés en position de dépendance par rapport à cette société: une dépendance économique presque toujours mais parallèlement aussi une dépendance plus fondamentale. On peut penser qu'une telle position influence le degré de stress auquel sont soumis les individus ainsi que les moyens dont ils disposent pour y faire face.

Nous retenons ici trois axes qui définissent ces positions de marginalité structurale: l'âge, le sexe, l'ethnie.

F.1 Une marginalité en terme d'âge

On peut dire que la société contemporaine est caractérisée par une ségrégation des groupes d'âges (Conseil des affaires sociales et de la famille, 1979). L'importance accordée à la production amène à mettre l'accent sur ce que l'on appelle l'âge mûr et actif, dominé par les contraintes du travail rémunéré. L'espace temporel qu'occupe cette période médiane tend par contre à s'amenuiser: la préparation au travail est de plus en plus longue alors que la retraite tend à débuter plus tôt qu'avant. Peu de communications existent entre ces différents groupes d'âge et tant jeunes que vieux se voient relégués dans une commune position de dépendance par rapport à la société.

Nous avons vu plus haut que la signification de cette période qualifiée de « préparation au travail » est moins évidente dans une société où près du quart des jeunes se retrouvent au chômage. Dans ce contexte, on peut penser que la marginalité des jeunes risque de cesser d'avoir valeur de transition et de devenir un statut en soi si d'autres lieux d'articulation avec la société plus large ne se mettent pas en place.

Ajoutons encore à ce que nous avons dit plus haut que dans certains cas, les jeunes réagissent à leur marginalisation perçue en l'acceptant, voire en la revendiquant, et en affichant leur désintérêt par rapport aux valeurs de base d'une société dont ils ont l'impression qu'elle les rejette.

Deux orientations sont dès lors possibles. La première correspond à l'établissement d'un état progressif d'anomie et de désimplication personnelle qui peut se muer en découragement et en désespoir. Il faut rappeler que dans le groupe des 15-20 ans, le suicide constitue la deuxième cause de mortalité après les accidents (qui sont parfois une autre façon de marquer son désengagement par rapport à la société et à ses contraintes).

L'autre voie possible est celle d'une révolte ou d'une mobilisation collective. Les signes en sont peu présents mais il faut noter l'importance que revêtent chez les jeunes des mini-sociétés comme celle des « punk » ou des « heavy metal » ou encore des groupes de motards qui se donnent leurs propres valeurs et leurs propres règles qui peuvent être par ailleurs extrêmement strictes. D'autres jeunes se contentent de revendiquer un style de vie différent, comme les « granola ». D'autres encore s'échappent dans la drogue ou la délinquance qui revêtent également souvent des formes collectives.

Ces comportements « déviants » peuvent revêtir des significations diverses qui en modifient la portée : ils peuvent servir de porte d'entrée dans des groupes et revêtir une valeur d'initiation et de lien par rapport à ces derniers ; ils peuvent aussi avoir surtout une valeur de contestation ou de retrait par rapport à la société globale ; d'autres fois encore, ils servent à marquer des transitions et ont peu de portée à plus long terme.

Dans ce contexte, il faut par exemple noter les significations diverses que peut revêtir pour des jeunes le fait de prendre de la drogue : rite de transition et d'incorporation dans des « groupes de passage » dans certains cas, signe et moyen d'une marginalisation plus fondamentale dans d'autres. Ce contexte influence vraisemblablement la portée que peut revêtir l'expérience en terme de démotivation ou d'exacerbation de problèmes latents qui peuvent avoir des implications psychiatriques graves (Negrete, 1985).

Dans le cas des *personnes âgées*, la marginalité par rapport au monde de la production se trouve renforcée par un décalage plus subjectif entre l'univers dans lequel elles ont vécu et le monde actuel. L'impact vécu de ce dernier décalage est vraisemblablement

accentué par le rapport particulier qu'entretient notre société à la temporalité et au passé, comme nous l'avons relevé plus haut.

Les études effectuées dans le cadre de la gérontologie et de la psychologie indiquent que les transformations liées au vieillissement mettent en cause les références internes profondes des personnes. Certains anthropologues ont parlé d'une véritable rupture qu'il faut opérer au niveau de ses valeurs de référence dans la société nord-américaine lorsque l'on vieillit : à travers un désinvestissement des valeurs d'autonomie, d'activité, d'agir, au profit des nouvelles valeurs de dépendance ou d'interdépendance, de passivité, d'existence. Les personnes qui ne parviendraient pas à effectuer ce passage seraient beaucoup plus vulnérables à des problèmes de santé mentale (Clark, 1967). Dans d'autres sociétés comme le Japon, qui valorisent positivement l'interdépendance à toutes les étapes de la vie, les personnes âgées ne sont pas confrontées à la nécessité d'une rupture de cet ordre (Keith, 1980).

En psychologie, des spécialistes comme Erikson (1959) montrent l'importance que revêtent à cet âge pour la santé mentale la possibilité de pouvoir faire un retour sur son passé et la décision que l'on prend alors : soit d'assumer sa trajectoire de vie de manière consciente et positive, quelles qu'en aient été par ailleurs les difficultés, soit de demeurer emprisonné dans de vains regrets.

On peut dire que ce retour sur l'existence passée s'accompagne d'un repli sur des références intérieures. Ce processus représente sans doute le versant positif du « désengagement » dont certains ont fait un des traits du vieillissement (Cumming et Henry, 1961).

Nous voyons à nouveau que cette réorientation vers un passé va à contre-courant de notre rapport culturel plus général à la temporalité. Il faut noter aussi le rôle des média dans la diffusion d'images qui valorisent jeunesse et beauté et proposent divers moyens pour effacer les signes du temps.

Quand on examine l'orientation des interventions et des discours qui concernent les personnes âgées dans la société québécoise, on y retrouve la même revendication d'une non-différence par rapport aux classes d'âge plus jeunes. Les tentatives pour revaloriser le rôle des personnes âgées sont pensées dans une perspective de continuité avec la vie adulte, ou à partir de cette dernière. On cherche par exemple des substituts acceptables au travail passé : au niveau de travaux artisanaux ou par des encouragements à participer à des activités bénévoles par exemple, activités qui demeurent souvent au Québec structurées de manière frappante à partir d'un schéma de

travail. On encourage aussi les aînés à se regrouper entre eux pour « se prendre davantage en charge et devenir plus autonomes », mais c'est d'une autonomie « en marge » qu'il s'agit de nouveau.

Il peut être intéressant de constater que dans d'autres sociétés, la position des personnes âgées est pensée à partir de références spécifiques, propres aux gens de cet âge. Dans les sociétés traditionnelles africaines par exemple, on met l'accent sur les connaissances ou l'expérience de vie acquises durant la vie active; les personnes âgées occupent alors une position centrale dans le règlement et l'organisation de la vie sociale et religieuse. Ce type de solution est difficilement accessible ici en raison des discontinuités culturelles signalées plus haut.

Dans les sociétés amérindiennes du Canada, les personnes âgées paraissaient également conserver une position centrale et leur expérience de vie leur donnait un rôle de leadership par rapport aux plus jeunes. Certaines interventions-pilote cherchent actuellement à reconstruire ces réseaux d'aide entre les différentes générations dans des communautés amérindiennes (Vandenburg, 1982).

Dans d'autres sociétés, en Inde par exemple, on encourage les personnes vieillissantes à se centrer sur l'essentiel de la vie et sur le registre de l'intériorité, ainsi que leur détachement progressif de ce qui constitue le flot des activités quotidiennes ou des possessions matérielles. Contrairement à la théorie du désengagement prônée par Cumming et Henry, il ne s'agit pas là d'une marginalisation progressive définie à partir de sa connotation de retrait ou de « moins », mais d'un retour sur soi, en harmonie avec ce qui constitue le centre des conceptions philosophiques et religieuses dans cette société.

F.2 Une marginalité en terme de sexe

Nous avons mentionné plus haut les modifications intervenues dans la répartition des rôles familiaux dans la société québécoise actuelle. Cette modification se répercute particulièrement dans le groupe des femmes d'âge mûr dont beaucoup en viennent à remettre en question les principes et les objectifs qui ont orienté leur existence passée. Ce questionnement peut aboutir à des modifications dramatiques du style de vie ou des attachements familiaux. Certaines femmes parviennent à construire sur cette base une autre vie plus pleine qu'elles assument davantage de manière consciente. Pour d'autres, le processus est plus douloureux, plus destructeur parfois, et les femmes manquent souvent du soutien nécessaire pour pouvoir réorienter leur existence de manière positive.

Le soutien qu'elles trouvent alors, ou ne trouvent pas, auprès des membres de leur entourage est crucial et c'est dans ce contexte qu'il faut situer la fonction de nombreux groupes de femmes qui ont émergé ces dernières années et qui visent à apporter un soutien ponctuel ou à plus long terme. Dans certains cas, il s'agit de la constitution de nouveaux groupes de référence qui peuvent prendre la place des appartenances antérieures.

On peut par ailleurs s'interroger sur l'impact négatif possible de certains groupes qui ont fleuri au Québec durant ces dernières années, lorsqu'ils se limitent à susciter de nouvelles aspirations sans aider les femmes à les assumer.

Un document récent publié par le Conseil du statut de la femme (1981) sur la santé des femmes met en relief l'importance que revêtent dans ce groupe des problèmes de santé mentale. Deux positions émergent lorsqu'il s'agit d'interpréter le sens de cette association.

La première met en avant la théorie de l'étiquetage et implique les normes de comportement culturellement associées au sexe. Les traits associés à une bonne santé mentale seraient culturellement liés à la masculinité alors que les normes associées au comportement féminin feraient de l'émotivité, de la subjectivité, de la dépendance des critères de féminité. Dans la même ligne, les difficultés que présentent les femmes auraient davantage de chances d'être interprétées en termes psychiatriques impliquant une faiblesse personnelle que dans le cas des hommes.

La seconde position accepte le fait que les femmes présentent effectivement des problèmes de santé mentale plus importants mais l'explique par les stress que vivent les femmes dans la vie quotidienne.

Les thérapies féministes établissent un lien entre ces deux positions en s'opposant à ce que la réponse à ces crises de vie soit donnée en termes psychiatriques, bloquant ainsi la possibilité d'un dépassement positif des crises. Les interventions y revêtent souvent une connotation initiatique visant à accompagner les femmes dans leur mouvement de remise en cause avec le secours d'autres femmes qui ont préalablement vécu et surmonté des problèmes similaires.

Il faut noter rapidement une troisième position qui s'appuie sur une enquête épidémiologique et suggère que la différence essentielle entre hommes et femmes tient surtout à l'attention qu'ils prêtent à certains malaises vécus et à la façon dont ils les traduisent ou pas

comme des problèmes à connotation émotionnelle (Kessler et al., 1981). Ceci renvoie à nouveau au partage entre rôles masculins et féminins en regard des normes d'énergie, de maîtrise de soi, de non-vulnérabilité.

F.3 Une marginalité en terme d'ethnie

L'ethnicité constitue un troisième principe de marginalisation par rapport à la société globale : qu'il s'agisse des immigrés récents ou plus anciens, surtout lorsque leur apparence atteste publiquement leur statut d'étranger, ou encore du statut ambigu des groupes autochtones qui partagent le statut de premiers occupants et celui d'assistés par rapport à la société colonisatrice. La position de ces différents groupes minoritaires diffère sur bien des plans mais ils se rejoignent au niveau de leur marginalité culturelle par rapport à la société dominante.

Dans le cas des immigrés, les problèmes de santé mentale peuvent être le reflet de facteurs sociaux et culturels présents dans la société d'origine, de certaines caractéristiques du processus migratoire lui-même et de son caractère sélectif, ainsi que de facteurs à l'oeuvre dans la société d'accueil (Murphy, 1977, 1978, 1980).

Les possibilités d'une intégration positive dans cette dernière dépendent de facteurs complexes. Parmi ceux-ci, citons principalement les conditions matérielles et la formation de départ qui influencent les chances de trouver un travail et, à travers ce dernier, d'accéder à un revenu et une position socialement reconnue. Citons aussi la disponibilité de réseaux sociaux constitués de personnes de la même origine et qui peuvent être d'une aide considérable pour orienter la personne dans ses contacts matériels et symboliques avec notre société. Dans certains groupes, ces réseaux sociaux tendent à se prolonger et à dessiner de véritables microsociétés qui demeurent des lieux de référence essentiels à travers les générations ; dans d'autres cas, l'insertion dans la société québécoise se fait beaucoup plus rapidement et a valeur de norme ou d'objectif.

Chaque groupe ethnique, ou parfois des portions de groupe ethnique, ont une dynamique propre. Elle est liée aux valeurs culturelles et sociales du groupe et à leur degré de congruence avec celles qui prévalent dans notre société, ainsi qu'à la force des groupes d'immigrés déjà installés et à la conjoncture socio-économique du moment. Les services offerts aux différents groupes devraient tenir compte de ces caractéristiques spécifiques.

Dans tous les cas, ce sont surtout les immigrants de la seconde génération qui risquent d'être le plus affectés par la confrontation aux nouvelles valeurs et modes de vie rencontrés à travers le milieu scolaire ou des groupes de pairs. Il est souvent difficile pour les intervenants de savoir s'il faut alors prendre le parti du jeune et soutenir son désir de changement, contre son groupe familial, ou s'il faut davantage partir des normes qui fonctionnent à l'intérieur du groupe culturel pour amener une réconciliation de l'enfant avec son milieu d'origine.

En ce qui concerne les *groupes autochtones*, la problématique de la déculturation se présente de manière spécifique. Le plus souvent, leur statut social ne leur permet pas d'avoir accès aux modes de vie de la société dominante et leur position de marginalité structurale est sanctionnée par les lois. Même si elles furent influencées par un souci apparent d'égalité, les politiques actuelles d'assistance encouragent le retrait des autochtones de la vie active et handicapent leur possibilité de prendre en charge l'analyse de leurs problèmes et de mettre en place des moyens d'y répondre. Sur le plan de la temporalité, la discordance qui existe entre leur image du passé et leur position actuelle leur rend particulièrement difficile de se projeter dans des projets d'avenir qui leur appartiendraient.

F.4 Les implications

Chacun des groupes passés brièvement en revue présentent des problèmes spécifiques et a été identifié à un degré ou un autre comme « clientèle cible » par les services sociaux. D'autre part, chacun jette un éclairage spécifique sur la société québécoise contemporaine, sur la difficulté de son rapport au temps et à la différence, sur certaines contradictions qui la traversent.

Dès lors, on ne peut se limiter à mettre en place des services pour résoudre les problèmes mentionnés. Les données déjà disponibles invitent à interroger chaque fois de manière particulière notre fonctionnement social global et à être attentif aux orientations, tendances, initiatives qui se manifestent dans le milieu social ; c'est à partir de ces dernières que pourrait peut-être s'effectuer cette évolution vers le pluralisme dont parlent Montminy et Zylverberg (1981).

Il est étrange de voir le décalage qui existe entre un essai de planification et d'homogénéisation croissantes des services, et cette pluralité de la structure sociale concrète et des problèmes qu'elle génère.

G. Des structures de « prise en charge »

G.1 Une spécificité québécoise

Une des caractéristiques de nos états modernes est qu'ils ont donné naissance à de vastes structures de prise en charge qui visent à répondre à toute une série de besoins et de problèmes. Certains ont ainsi qualifié nos sociétés de « sociétés de services » (McKnight, 1977). Une des bases du développement de ces services est certainement la diffusion des idéaux de démocratie et de partage que l'on retrouve dans le domaine de la distribution des services.

Au Québec, le rôle particulier joué par le gouvernement dans la modernisation de la société et son appui sur des « technocrates éclairés » et des intellectuels qui participent activement au processus de planification, ont certainement coloré ce processus de manière particulière (Fortin, 1980).

En 1966, Fortin avait émis l'hypothèse que l'on allait assister à une confrontation entre cette nouvelle élite et les élites traditionnelles québécoises (le clergé et les professions libérales) et que l'on s'acheminait vers une opposition entre deux types de connaissance: celle des experts scientifiques et celle, concrète et vécue, des experts du peuple ou du peuple lui-même. En 1980, il doit constater qu'aucune de ces deux prédictions ne s'est réalisée: « En vingt ans, la population du Québec a appris à être dépendante de l'État et de ses techniciens » (p.9). On a suggéré que la dépendance à l'égard de l'État reproduit ou prolonge, au Québec, l'attitude développée jadis à l'égard de l'Église ou des communautés religieuses qui avaient mis en place un réseau extensif d'assistance dans la province.

Un autre indice de ce rôle actuel du gouvernement dans la direction actuelle des affaires publiques est l'évolution qu'aurait subi le concept de décentralisation inscrit dans le projet de réforme Castonguay-Nepveu. Alors qu'au départ, il visait à redonner un pouvoir réel à la communauté au niveau de l'allocation des ressources, le terme « décentralisation » aurait par la suite été appliqué pour désigner le regroupement d'unités antérieurement séparées, dans des corps régionaux consultatifs afin d'en faciliter le contrôle et la direction (Renaud, 1977).

G.2 Les pièges d'une prise en charge

On peut se demander si cette importance que revêtent actuellement les structures étatiques, particulièrement dans le domaine des

services, se répercute au niveau des individus et des groupes dans le sentiment d'avoir moins de prise sur le macrosystème.

Parallèlement, plusieurs attirent actuellement l'attention sur les pièges possibles d'une trop grande inflation des services. Elle tendrait à instaurer une dichotomie entre des populations définies essentiellement en fonction de problèmes (les clientèles cibles) et des professionnels auxquels on confie la charge de résoudre les difficultés des premières (McKnight, 1977). Dans le cadre du développement de la psychiatrie en Amérique du Nord, on a également souligné les risques d'une expansion progressive des structures d'assistance qui peut conduire à une « psychiatrisation » croissante de problématiques qui relevaient auparavant d'une logique différente: comme celle des immigrés, des familles monoparentales, des jeunes, des drogués, des enfants difficiles définis comme hyperactifs par exemple (Castel et al., 1979). Analysant les modifications des clientèles avec l'avènement de la psychiatrie communautaire, on a montré que l'on assiste à un déplacement de ces clientèles pour englober des populations dont les problèmes relevaient autrefois d'autres instances, sans que les cas psychiatriques plus lourds soient nécessairement mieux rejoints par ce biais (D'Arcy et Fritz, 1979).

G.3 Les implications

Il faut sans doute porter une attention particulière à cette tendance générale des sociétés contemporaines quand on se place dans une perspective de santé mentale, afin d'échapper au piège de vouloir trop vite régler les problèmes des différents groupes de personnes dont nous avons parlé.

On peut dire que la demande de services est en principe extensible à l'infini et que l'on ne peut jamais l'épuiser. Ainsi, au fur et à mesure que l'on découvre de nouveaux aspects aux problèmes émotionnels et psychiques, il faut se demander quelles sont les structures les plus appropriées de leur prise en charge et comment répartir et diversifier les responsabilités et les compétences. Comme nous l'avons souligné à plusieurs reprises en nous référant au modèle vulnérabilité/stress, il faut aussi s'attacher à repérer et éventuellement soutenir des mécanismes spécifiques que mettent en place des groupes ou des milieux pour tenter d'aménager leurs problèmes ou les résoudre (même si l'existence de ces mécanismes n'est pas toujours immédiatement évidente).

Par ailleurs, autant il s'avère important de ne pas trop considérer sous l'angle psychiatrique les problèmes sociaux, économiques et culturels, tout en étant attentifs à leurs répercussions dans le champ de la santé mentale, autant il est essentiel de tenir compte du fait qu'il existe des catégories de personnes qui demeurent en marge des communautés de base et sans doute, au moins actuellement, au-delà de ce qu'elles peuvent assumer. Aider par exemple des patients psychiatriques « chroniques » à aménager leurs conditions d'existence d'une manière qui rencontre leurs propres attentes et tienne compte de leurs possibilités réelles demeure dans nos sociétés un défi qui est loin d'être relevé et que l'on ne peut contourner en niant le vécu, les caractéristiques et les problèmes particuliers associés à ces personnes.

H. Diversité et pluralisme

Tout au long de ce qui précède, nous avons mis en relief l'existence d'un certain nombre de problèmes comme le manque de travail, des bouleversements familiaux, des problèmes de marginalisation ou d'isolement. L'ampleur de ces différents phénomèmes dans notre société montre clairement que l'on ne peut les comprendre comme des phénomènes isolés, des « épreuves individuelles » liées aux caractéristiques idiosyncrasiques des individus (Wright Mills, 1967), et que l'on se trouve en présence de ce que l'on a qualifié d'« enjeux collectifs de structure sociale » qui mettent en cause la société plus globale. Une politique de santé mentale devrait se situer à chacun de ces deux niveaux; elle doit épauler les individus et les groupes plus fragiles au moyen de diverses interventions, tout en s'interrogeant sur la possibilité de réorienter certains aspects de notre fonctionnement social. Par ailleurs, il est important de rappeler que parmi les phénomènes que nous avons décrits, ce qui apparaît comme critique est moins le caractère stressant des situations elles-mêmes que l'expérience que peuvent en faire les individus en fonction de la signification qu'ils leur attribuent et de la manière dont ils se sentent ou pas dépassés dans leurs possibilités de réaction. Ce registre des significations subjectives demeure encore trop absent des études sur le stress; le prendre en considération devrait favoriser un mouvement de recherches moins centrées de la part des chercheurs, intervenants et politiciens qui s'interrogent sur le sens de certains phénomènes.

Il faut aussi noter que les différentes dimensions du contexte social et culturel que nous avons distinguées pour la clarté de la présentation, sont en fait interreliées et que des perturbations dans

l'une d'elles se répercutent souvent ailleurs, de façon plus ou moins importante. C'est la tâche de chacun, à partir du champ qui est le sien, de chercher à en saisir les ramifications secondaires. Les travaux demeurent ici largement muets puisque l'une des conditions de la recherche scientifique est sans doute de commencer par circonscrire un pan du réel assez précis pour pouvoir en contrôler les variables et les mesures. Les résultats en demeurent cependant des « objets à penser » et permettent de baliser d'autres lignes de réflexion.

La société québécoise n'est pas la seule à avoir été affectée par les changements sociaux et culturels décrits ici, et bien des choses pourraient s'appliquer de la même façon à d'autres régions. Ce qui caractérise néanmoins le Québec dans ce cadre est le fait que ces transformations ont eu lieu durant une période de temps relativement courte.

Les jeunes ont été les premiers touchés par ces phénomènes que les générations antérieures n'avaient pas vécus, ou pas de la même manière, en sorte qu'ils manquaient de repères pour y faire face. Ils ont été confrontés à la déstabilisation de la structure familiale à la suite du divorce des parents et de l'absence de mères retournées sur le marché du travail tout en expérimentant simultanément la libération sexuelle, l'accès aux drogues, en même temps qu'un vide religieux qui contrastait avec l'importance de la référence catholique des générations précédentes.

Nous avons vu que les modifications qui sont intervenues ont touché aussi bien des contenus culturels centraux que le contexte social. On peut cependant effectuer deux types de lecture de la réalité actuelle. L'une d'elles met l'accent sur l'individualisme croissant qui caractérise nos sociétés et sur le repli des personnes sur les valeurs de consommation et de bien-être ; l'autre attire l'attention sur les nouvelles formes de regroupement et de vie qui sont en train d'émerger dans ce contexte. Chacun de ces points de vue ne reflète qu'une partie du réel.

Le fait d'accentuer l'un ou l'autre d'entre eux dépend souvent de la grille de lecture que l'on veut privilégier. Dans le cas de la deuxième option, les principales difficultés résident dans le fait que les manifestations auxquelles nous avons fait allusion sont souvent discrètes, à petite échelle, et relativement instables ; les revendications ou les actions entreprises peuvent sembler marginales ou illusoires par rapport à l'ampleur des problèmes de la société contemporaine. On peut penser que leur valeur ou leur signification essentielles tient à leur diversité et au mouvement qu'elles forment,

plus qu'au contenu précis de chacune d'elles. C'est dans ce sens que Touraine (1982) a parlé du potentiel novateur des groupements écologique, féministe, pacifiste..., par rapport à un nouveau projet de société. Leur diversité se laisse mal enserrer dans un mouvement planificateur ou alors, c'est à un prix qui est sans doute trop élevé à payer et qui risque d'en dévier la portée.

En fait, les transformations sociales et culturelles n'ont pas atteint tout le monde au même rythme. Certains se sont aménagé ce que l'on pourrait appeler des poches de résistance culturelle qui peuvent les aider à ne pas sombrer dans une marginalité culturelle difficilement soutenable pour eux. C'est dans ce sens que Bibeau (1976) a analysé la signification que revêtent des groupes comme les Bérets blancs et leur fonction de relais par rapport à la société plus large, pour un fragment particulier de la population québécoise.

On peut encore dire qu'un des enjeux des sociétés actuelles est certainement la place qu'elles parviendront à faire à la diversité : au niveau de la reconnaissance de valeurs et de style de vie autres, et à celui de la mise au point de stratégies et de modèles d'intervention qui fassent écho à cette diversité dans la société elle-même.

3.3 Environnement familial et réseaux sociaux : le contexte relationnel de la santé mentale

Les effets de culture et de société décrits plus haut ne sont repérables que de manière globale ; ils indiquent des champs de force, des courants qui contribuent à orienter les existences individuelles mais dont l'action est surtout perceptible au niveau des ensembles.

Le monde social est aussi constitué d'un social plus proche, d'un ensemble de relations interpersonnelles qui contribuent elles aussi de manière importante, positive ou négative, à la santé mentale. D'un côté, on peut considérer que cet univers relationnel subit l'impact des facteurs macrosociaux dont nous avons parlé et en manifeste l'action dans la vie quotidienne ; d'un autre côté, il reflète aussi la manière dont les personnes ou les milieux réagissent à l'action de ces facteurs. Il serait dès lors important de saisir les articulations qui existent entre ces différents niveaux du social mais peu de recherches empiriques se sont orientées dans ce sens.

A. Le contexte familial

Nous avons dit plus haut que la famille constitue un lieu d'apprentissage important qui soutient le développement affectif, cognitif et moral de l'enfant. Cette fonction tend à s'estomper ensuite au fur et à mesure de la croissance alors que d'autres lieux prennent le relais. La psychanalyse a par ailleurs montré que les échanges qui sont intervenus dans le cadre de la famille orientent le développement ultérieur de la personne et continuent à exercer une influence importante sur la santé mentale. Il faut cependant noter que les rapports familiaux dont parle la psychanalyse ne sont pas entièrement repérables au niveau des faits observables et se situent dans le domaine des fantasmes et du désir; ceci explique, au moins partiellement, les difficultés que rencontre ce courant de pensée à étayer ses théories en regard de la santé mentale par des faits empiriquement démontrés.

A.1 Une perspective étiologique

De nombreux auteurs ont cependant cherché à valider l'idée que le contexte familial influence les problèmes psychiques et plus particulièrement la schizophrénie. Au début, l'attention s'est surtout centrée sur les caractéristiques parentales qui paraissent associées à des problèmes psychiatriques spécifiques; c'est dans ce contexte qu'on a élaboré le concept de mère et de père schizophrénogènes. Actuellement, on observe un changement de perspective important dans les travaux. L'attention ne se polarise plus sur les caractéristiques personnelles de certains membres de la famille, mais sur le *système des relations familiales*. Les études de la manière dont fonctionne ce système se répartissent en plusieurs courants qui se centrent sur des aspects différents de la dynamique familiale:

— à la rencontre entre les perspectives psychodynamique et systémique, certains auteurs suggèrent que le symptôme d'une personne peut revêtir une *fonction* dans le cadre du système familial global, le patient étant « chargé » d'exprimer un malaise plus général ou de le prendre sur lui, à la manière d'un bouc émissaire (Mannoni, 1970; Laing et Esterson, 1971);

— dans le cadre de la *théorie des rôles*, on a examiné la répartition des positions dans les familles de patients psychiatriques en se centrant particulièrement sur les relations de pouvoir, les rapports de type symbiotique, l'érotisation des relations. Les familles de schizophrènes apparaissent caractérisées soit par une plus grande rigidité soit par des structures de rôle faiblement articu-

lées, mais sans qu'il soit possible de dire si ces phénomènes sont la cause ou la conséquence des problèmes psychiatriques de l'un des membres de la famille (Liem, 1980);

— dans la ligne des *théories de la communication*, on a montré que des perturbations dans les communications familiales sont associées à des troubles psychiatriques spécifiques (Bateson et al., 1956; Wynne et Singer, 1963). Des études longitudinales en cours, comme le UCLA Family Project, devraient permettre de tester des modèles étiologiques plus précis dans le cadre de cette perspective (Goldstein et Rodvick, 1975).

— s'inspirant plus directement de la *théorie des systèmes*, des chercheurs s'attachent à décrire le fonctionnement familial à partir de concepts clé comme celui de cohésion et d'adaptabilité; ils ont élaboré des instruments permettant de rendre opérationnels ces concepts et d'en effectuer la mesure (Moos, 1976; Olson et al., 1983; Beaver et al., 1983).

Ces différents courants de recherche ont des implications importantes pour notre compréhension de la dynamique des problèmes de santé mentale et au niveau de l'action. Ils indiquent que l'on ne peut se limiter à considérer le cas de la personne désignée comme patiente et qu'il faut élargir le champ des interventions. C'est dans ce contexte que se situe le courant des thérapies familiales.

Malgré tout, la portée de ces différents travaux par rapport à une connaissance de l'étiologie des problèmes psychiatriques demeure limitée, en grande partie en raison de plusieurs faiblesses des devis méthodologiques: les observations sont souvent effectuées après que le trouble soit déclaré et le diagnostic posé, en sorte qu'il est difficile de préciser dans quel sens jouent les relations entre dynamique familiale et symptômes; peu d'études ont utilisé des groupes contrôles qui comprennent des familles sans patient psychiatrique identifié ou qui permettent de comparer des familles associées à différents types de problèmes psychiatriques; le plus souvent, les observations ont été effectuées dans un contexte artificiel et à partir de tâches assignées par le chercheur, sans que la signification des observations effectuées dans ce cadre n'ait été validée dans la vie concrète (Liem, 1980).

A.2 Un élargissement du champ

Dans sa revue des recherches portant sur l'environnement familial de la schizophrénie, Liem insiste sur le fait qu'il faudrait resituer l'influence du contexte familial dans un cadre plus large et étendre le

champ considéré dans deux directions en tenant compte de l'influence de la génétique et de celle de l'environnement.

Au niveau des influences *génétiques*, il faut noter que, de manière apparemment paradoxale, ce sont les progrès réalisés par les études génétiques qui ont amené à prêter une plus grande attention aux variables sociales car, en même temps qu'elles montraient le rôle des facteurs génétiques dans les problèmes investigués, elles indiquaient les limites de leur influence. L'auteur insiste dès lors pour que les plans de recherche et d'analyse permettent d'aborder la question de l'étiologie des problèmes psychiatriques dans une perspective multivariée.

Du côté de l'*environnement*, peu de travaux ont examiné la façon dont les variables familiales sont elles-mêmes influencées par des facteurs extrafamiliaux. On a malgré tout montré que le comportement de dominance observé chez les pères de patients schizophrènes diminue nettement lorsque leur fils possède un emploi et que cette réaction de dominance est plus marquée dans les classes de milieu défavorisé (Wild et al., 1977). Ces données peuvent donner lieu à plusieurs interprétations. Elles invitent au minimum à considérer la question de la dominance dans une perspective plus contextuelle et indiquent que la structure des rôles dans la société plus large influence les données que l'on peut recueillir au niveau des familles étudiées.

Ces différents travaux demeurent situés dans une perspective que l'on peut qualifier d'étiologique. D'autres auteurs ont posé différemment la question du rapport entre variables familiales et problèmes de santé mentale. Nous allons retenir ici trois secteurs de recherche, parmi d'autres, qui illustrent ce changement de perspective.

A.3 Un changement de perspective

La première d'entre elles, et qui est la plus populaire, invite à un changement de point de vue en soulignant la *charge que peut constituer pour une famille* le fait d'avoir un de ses membres qui présente des problèmes psychiatriques. Les difficultés peuvent être de nature objective, lorsque les problèmes interfèrent avec la vie de travail ou les activités des autres personnes; elles peuvent aussi revêtir une forme plus subtile en perturbant le climat émotionnel ou en induisant dans l'entourage un sentiment de détresse émotive profonde. Ces perturbations peuvent elles-mêmes entraîner des problèmes de santé physique et mentale chez les autres personnes

de la famille. Sur un autre plan, les proches peuvent aussi avoir l'impression d'être eux-mêmes l'objet d'une certaine mise à l'écart par la société; le stigma social et culturel associé à la maladie mentale aurait ainsi un effet de diffusion sur l'entourage.

Aucune recherche n'a cependant examiné systématiquement en quoi le fardeau objectif et subjectif lié à un problème psychiatrique diffère de celui qui est associé à la présence d'une maladie chronique ou invalidante.

Le second secteur de recherche dépasse le paradigme étiologique en mettant l'accent sur le *rôle protecteur* que possèdent certains aspects du fonctionnement familial. Certains se sont ainsi intéressés à la fonction de ce que l'on peut appeler les « rituels familiaux » qui se développent dans la vie quotidienne (comme au moment des repas, du coucher), lors de moments de transition (comme un mariage, un décès), ou à certaines périodes de l'année (comme Noël ou le Nouvel An). Ces rituels établissent et préservent le sentiment collectif d'une identité de la famille comme ensemble. Leur maintien, même dans des circonstances de vie difficiles, diminuerait les risques d'une transmission de l'alcoolisme d'une génération à l'autre par exemple (Wolin et al., 1980) ou atténuerait l'effet des problèmes associés à l'immigration (Wolin, 1983).

La troisième zone de recherche, qui prend actuellement de plus en plus d'importance, concerne l'impact des variables familiales non plus sur la genèse mais sur *l'évolution des problèmes psychiatriques* une fois qu'ils ont fait leur apparition. Les travaux de Freeman et Simmons (1963) avaient déjà montré que le niveau d'attente de l'entourage quant au fonctionnement d'un patient influence directement le niveau de performance instrumentale atteint par la suite par ce patient.

Plus récemment, on a montré que certaines attitudes des membres de l'entourage proche à l'égard de personnes qui présentent des problèmes de schizophrénie influencent les probabilités de réhospitalisation (Brown et al., 1966, 1972; Vaughn et Leff, 1981). Ces attitudes négatives consistent surtout en une surimplication émotionnelle par rapport au patient et dans le fait de se montrer ouvertement critique à son égard.

Ces derniers travaux sont importants en ce qu'ils ont permis de formuler une série de remarques ou d'hypothèses qui précisent les interactions entre différents ordres de variables:

— à une premier niveau, les données recueillies permettent de *rendre contextuelle l'action des médicaments*. En effet, l'effet

protecteur de ces derniers en regard d'une réhospitalisation jouerait surtout dans le cas des patients qui résident dans un entourage caractérisé par le type d'émotions dont nous venons de parler; cet effet serait beaucoup moins net dans le cas de patients résidant dans un environnement moins problématique;

— sur le plan de l'*interaction entre variables familiales et variables de contexte*, les attitudes décrites sont associées au fait que les personnes qui résident avec le patient sont elles-mêmes isolées; cette remarque a conduit certains thérapeutes à constituer des groupes de parents de schizophrènes, destinés non seulement à favoriser un soutien mutuel mais aussi à ouvrir le monde social des proches en les articulant sur d'autres groupes de référence;

— sur le plan de *l'aménagement que le patient lui-même peut faire* de son contexte de vie, les auteurs ont noté que lorsque le patient ne passe pas plus d'un certain temps à son domicile, l'impact des attitudes décrites sur la réhospitalisation diminue fortement; ceci suggère que l'effet négatif de ce type d'attitude est lié au sentiment qu'a le patient d'être piégé dans un réseau étroit de relations problématiques;

— sur le plan d'une amélioration de notre compréhension *des mécanismes en jeu dans les réactions schizophréniques*, on peut établir un parallèle entre l'effet négatif de ce complexe d'attitudes et celui que provoquent certaines interventions psychothérapeutiques perçues comme des intrusions par des patients schizophrènes; ceci suggère que le retrait social, l'un des symptômes caractéristiques de la schizophrénie, représente au moins en partie une réaction de protection d'une personne vulnérable contre le stress lié à des interactions trop intimes et exigeantes (Jilek, 1968; Wing, 1978).

A.4 Les implications

Ces différents travaux montrent que, quelle que soit son origine première, un problème d'ordre psychiatrique peut rarement se comprendre quand on l'abstrait de son contexte. Dans certains cas, il peut être le reflet ou le témoignage de problèmes d'un ordre différent, qu'il faut saisir à d'autres niveaux et avec des outils également différents.

Dans tous les cas, le problème s'inscrit dans une dynamique relationnelle complexe d'actions et de réactions qui met profondément en jeu l'identité, les défenses et les façons de vivre de chacun.

Il est important de situer également dans ce contexte l'impact des transformations qui touchent tant la structure que la dynamique familiales dans la société québécoise contemporaine, nous l'avons vu, en nous demandant comment elles affectent la manière dont s'y vit la problématique de l'identification et de la différenciation ainsi que le jeu des actions-réactions dont nous avons parlé.

En outre, la dernière série de travaux mentionnés qui portent sur des attitudes de l'entourage liées à la réhospitalisation ont permis de faire ressortir deux points importants qui viennent spécifier la dimension contextuelle de la santé mentale :

1. il est important de considérer l'*interaction* qui existe entre les variables sociales et une dynamique de type individuel ; ceci amène à un point de vue plus dialectique sur le rapport entre social et santé mentale ;
2. pour comprendre la dynamique présente dans l'entourage, il est nécessaire de *dépasser* le cadre de la famille et d'examiner également le rapport des acteurs avec un social plus large (Wynne et al., 1978).

La notion de réseau social fournit un concept et un instrument permettant d'aborder l'étude de ce « social intermédiaire » situé entre la famille proche et les groupes sociaux plus vastes. D'autre part, le courant de l'écologie sociale fournit des outils théoriques permettant de comprendre comment s'emboîtent différents niveaux du social, dans leur rôle de soutien et de barrière face à la santé mentale.

B. Réseaux sociaux et systèmes de support naturels

La notion de réseau social a été mise au point dans le cadre de travaux portant sur les formes de sociabilité qui se développent dans la société moderne, plus particulièrement dans l'espace urbain. Les études citées plus haut montrent que deux points de vue s'affrontent en ce qui a trait à l'impact du changement socioculturel sur la vie sociale. Les uns mettent l'accent sur l'effet d'isolement engendré par ces transformations sociales, alors que d'autres suggèrent qu'il faut plutôt parler d'une transformation des formes de sociabilité. Comme les interactions ne suivent plus autant la ligne des rapports de parenté ou de voisinage et comme les individus appartiennent souvent simultanément à plusieurs sphères sociales sans rapports entre elles, les relations sociales deviennent beaucoup plus difficiles à repérer et à décrire.

B.1 La notion

La notion de réseau social désigne « une série de liens entre un ensemble défini de personnes » ; elle indique surtout que l'on se centre sur les caractéristiques des liens entre les personnes plus que sur les traits particuliers des individus qui constituent le réseau social. Dans cette perspective, les relations sociales auxquelles a accès un individu ne sont pas considérées comme la somme d'une série de rapports individuels, mais comme un système qui présente certaines caractéristiques. Ces dernières sont regroupées en deux grandes catégories :

— des caractéristiques structurales qui décrivent la forme générale des liens sociaux, comme la taille du réseau, son accessibilité, sa densité (mesure dans laquelle les membres du réseau se connaissent les uns les autres) ;

— des caractéristiques transactionnelles qui décrivent les contenus des échanges qui circulent le long de ces liens.

Dans le concret, on s'est servi du concept de réseau social à deux niveaux différents : à un niveau communautaire ou sociologique pour décrire le fonctionnement des relations sociales dans un milieu donné, et à un niveau individuel où il s'agit de reconstituer le réseau des relations sociales dans lesquelles une personne se trouve impliquée, directement ou indirectement.

Ces réseaux qui s'emboîtent les uns dans les autres représentent les canaux à travers lesquels un individu peut se relier au monde qui l'entoure. En général, les réseaux « de second ordre » (connaissances des membres du réseau direct) constituent une source majeure de nouvelles relations sociales pour un individu. Ceci est important dans la société moderne où l'on a suggéré qu'un des problèmes qui s'y posent est d'entrer en contact avec les ressources qui nous entourent (Wellman, 1981).

B.2 Un éclairage sur la dynamique sociale d'un milieu

Cette notion de réseau social permet de décrire la dynamique sociale qui caractérise des milieux particuliers et de mieux en comprendre la portée. Elle a permis de préciser la différence qui existe entre les dynamiques sociales concrètes que l'on rencontre en milieux rural et urbain et dont nous avons parlé plus haut. Différents travaux suggèrent aussi qu'il existe une relation significative entre la structure des relations sociales et la classe sociale. Les personnes de milieu défavorisé auraient des réseaux de plus petite

taille, plus denses au sens où les gens s'y connaissent davantage les uns les autres, et les contacts y seraient plus fréquents. Les personnes de milieu plus aisé auraient à l'inverse des réseaux sociaux plus étendus et moins denses.

Cette différence en densité a des implications importantes de différents ordres:

— une forte densité est associée à un support social plus important en cas de problème;

— une faible densité augmente et diversifie l'étendue des ressources auxquelles ont peut avoir accès; Granovetter (1974) a montré que les réseaux à densité faible sont plus fonctionnels lorsque l'on se cherche un emploi;

— une forte densité est généralement associée au fait que les normes sociales sont plus contraignantes: les personnes se connaissant toutes entre elles, le contrôle social est plus fort et les gens tendent à partager davantage les mêmes valeurs de référence.

Nous voyons que la notion de densité peut être considérée comme une mesure du degré d'ouverture de l'entourage vers l'extérieur. On a suggéré que lorsque les conditions socio-économiques se détériorent, les réseaux sociaux ont tendance à « se replier sur eux-mêmes », en une sorte de mécanisme de protection contre les pressions exercées par un environnement difficile (Granovetter, 1982). Dans ce contexte, il peut être beaucoup plus difficile à des ressources professionnelles de rejoindre les membres de la communauté. Il devient alors particulièrement important d'essayer de découvrir les personnes que la communauté reconnaît comme des « gate keepers » ou des liens potentiels, et de chercher à faire alliance avec eux. Nous y reviendrons en examinant les démarches de recherche d'aide.

B.3 Réseau social et problèmes de santé mentale

Plusieurs travaux ont cherché à voir ce qui *différencie les réseaux sociaux des patients psychiatriques de ceux des personnes « normales »* (Pattison et al., 1975; Tolsdorf, 1976; Cohen et Sokolovski, 1978).

Ces différents travaux convergent sur certains points. Les réseaux sociaux des patients psychiatriques, et plus particulièrement des patients schizophrènes, se spécifient par: leur plus petite taille; leur composition (une plus grande proportion de membres de la

parenté); leur symétrie (avec plus de liens de dépendance où le patient reçoit davantage qu'il ne donne); leur complexité (les réseaux de patients comportant davantage de relations avec un seul contenu d'échange). À noter que l'asymétrie relevée dans les réseaux de patients psychiatriques caractériserait cependant surtout les relations familiales.

Sur un plan plus subjectif, Pattison et ses collaborateurs (1981) ont relevé un trait intéressant des réseaux sociaux cités par des patients schizophrènes: le fait qu'ils ont tendance à inclure des personnes avec lesquelles ils ne sont pas en contact depuis longtemps et à exclure des personnes saillantes plus proches. On peut penser qu'il s'agit sans doute là pour ces personnes d'un mécanisme par lequel elles cherchent à « échapper » au caractère trop contraignant de certaines relations proches, en ne les mentionnant pas.

Enfin, toujours sur un plan subjectif, on observe également des différences au niveau de l'attitude générale que manifestent les patients psychiatriques à l'égard de leur réseau social: soit que leur attitude soit moins positive à l'égard d'une aide en provenance du réseau social (Tolsdorf, 1976), soit qu'ils perçoivent moins la présence d'un support venant de ce réseau (Mitchell, 1980).

La manière exacte dont il faut interpréter les différences observées demeure relativement ambiguë. Il est difficile de dire si ce type de réseau social cause réellement les problèmes que vivent les patients, ou tout au moins influence leur genèse, leur maintien ou leur résolution (Pattison et Pattison, 1981), ou s'il est déjà la marque d'un processus morbide qui affecte la possibilité que le patient a de se relier au monde social qui l'entoure. Le courant de la thérapie de réseau paraît pencher pour la première hypothèse (Hammer et al., 1978; Blanchet et al., 1982). L'action vise à modifier certaines caractéristiques du réseau social des patients, particulièrement le degré d'interconnexion entre les membres du réseau social pour en augmenter la valence en terme de support, ou encore à transformer le contenu des échanges véhiculés à travers les liens sociaux.

D'autres travaux ont cherché à être plus spécifiques dans leur étude de la dynamique relationnelle à l'oeuvre dans des problèmes de type psychiatrique en essayant de voir *à quel moment se produit une modification éventuelle* des réseaux sociaux des patients psychiatriques, ou l'impact des caractéristiques de ces derniers sur ce que l'on appelle l'*histoire naturelle* des problèmes. Les changements

les plus dramatiques dans la composition des réseaux sociaux paraissent se développer après la première hospitalisation; ils refléteraient un changement d'attitude chez les proches ainsi qu'une transformation dans la compétence sociale des patients (Lipton et al., 1981). Hammer (1963-1964) a par ailleurs montré que des relations sociales ont d'autant plus de chances de survivre à l'hospitalisation du patient qu'elles sont elles-mêmes interconnectées.

Au niveau de l'histoire naturelle du problème, il semble que les caractéristiques des réseaux sociaux influencent la « carrière » de patient psychiatrique en orientant la perception et l'interprétation des comportements inhabituels et la rapidité avec laquelle des démarches sont entreprises. Le fait d'appartenir à un réseau social dense et comportant des relations émotionnelles positives augmenterait la probabilité d'obtenir du soutien des membres de son entourage et une aide pour les tâches quotidiennes; dans ce contexte, on a plus de chances de tenter des thérapies médicales autres que l'hospitalisation. Dans le cas de l'étude prospective entreprise par Cohen et Sokolovski auprès des patients psychiatriques résidant en milieu de chambre (1978), le fait de posséder un réseau social disconnecté augmenterait les chances que le patient soit réhospitalisé.

Sur le plan du *rapport entre la densité et le support social*, les différents travaux que nous avons cités paraissent souvent impliquer que des réseaux sociaux dont les membres se connaissent davantage entre eux ont une fonction de support plus importante (voir par exemple Wellman et al., 1973; Walker et al., 1977; Fischer et al., 1977; Hammer et al., 1978). Par ailleurs, des travaux plus spécifiques réalisés avec différents groupes cibles ont montré qu'il faut être plus nuancé. En voici quelques exemples:

— Tout en étant associée positivement au support social, une forte densité est reliée négativement à un sentiment de satisfaction par rapport au soutien reçu du réseau et à l'estime de soi (Hirsch, 1979); de la même manière, une forte densité serait associée simultanément à un faible taux de dépression et à un niveau élevé d'anxiété (Brown et al., 1978);

— des patients psychiatriques suivis en externe et qui appartiennent à des réseaux sociaux denses complétés de quelques petits sous-systèmes non familiaux manifestent une diminution de leurs symptômes mais réussissent moins bien en regard des mesures traditionnelles de performance;

— enfin, principalement durant les périodes de transition, un réseau moins dense peut s'avérer plus utile: lorsque l'on se cherche un

emploi (Granovetter, 1974), en cas de séparation d'une femme avec son mari (Wilcox, 1981), lorsqu'une femme cherche à retourner sur le marché du travail ou aux études, par exemple.

Ces données montrent que l'affirmation suivant laquelle il existe un lien entre réseau social, support social et bien-être psychologique n'est pas suffisamment spécifique. Les nuances observées quant à l'impact de la densité s'éclairent par ailleurs quand on se réfère à ce que nous avons dit plus haut du rapport entre densité du réseau, conformité ou pression des normes sociales et accès à des ressources extérieures.

B.4 Support social et santé mentale

Les études montrant qu'il existe un lien entre les problèmes de santé et des facteurs d'ordre relationnel commencent à s'accumuler. Le courant de recherche actuellement le plus important dans ce domaine se centre sur une des dimensions des échanges sociaux, celle du support social, et examine le rôle de soutien ou de protection des relations sociales par rapport au maintien ou à la restauration de la santé.

L'origine de ce courant de recherche est située dans des travaux développés dans le cadre de l'écologie humaine (Gottlieb, 1981). Les premiers travaux effectués dans ce domaine ont montré que des changements, géographiques ou interpersonnels, dans la vie des individus sont associés à une vulnérabilité accrue à des maladies physiques (Hinkle et Wolff, 1958). À partir de là s'est développé tout un ensemble de travaux portant sur l'impact des changements de vie sur la santé des individus. Pour expliquer les différences interindividuelles au niveau de cet impact, on a fait appel à deux types de variables : des variables de personnalité, qui impliquent une variabilité vis-à-vis de la vulnérabilité ou des mécanismes de défense spécifiques, et des variables d'ordre relationnel comme le fait de pouvoir compter sur certaines personnes dans son entourage ; la présence d'un tel « support social » exercerait un effet protecteur en regard de l'action néfaste des changements de vie (Dohrenwend et Dohrenwend, 1978 ; Gottlieb, 1981).

L'action positive du support social sur la santé a été confirmée dans des domaines très diversifiés : les maladies coronariennes ou l'angine de poitrine, les complications lors d'une grossesse, l'ampleur des réactions négatives lors d'une perte d'emploi, le taux de mortalité chez des personnes âgées, la mortalité dans la population générale (Berkman et Syme, 1979), des problèmes de dépression

(Lowenthal et Haven, 1968; Brown et al., 1978). Les mécanismes d'action du support social peuvent aussi être indirects, comme l'atteste la relation observée entre la rapidité et l'étendue de la guérison d'hommes qui ont eu un infarctus du myocarde et le fait que leur femme a accès à un support social.

La diversité de ces effets et le fait que différents facteurs sociaux (un faible niveau socio-économique, la mobilité géographique, l'isolement social, la désintégration sociale) soient associés à des problèmes tant psychiatriques que physiques, permettent de penser que les processus psychosociaux ont comme effet d'élever ou d'abaisser une susceptibilité globale à des maladies et des troubles de tout genre (Cassell, 1974). Que ce soit telle ou telle maladie qui se déclare sur cette base dépendrait de facteurs secondaires tels la présence de certains agents de maladie ou de facteurs prédisposants, de développement ou constitutionnels.

L'idée suivant laquelle les variations du support social agissent sur cette vulnérabilité globale à la maladie a amené à *réorienter les actions de prévention*. L'objectif premier dans cette nouvelle perspective est de renforcer des facteurs de protection à action générale plus que de centrer les efforts sur l'éradication des causes des problèmes, causes dont nous avons relevé plus haut la complexité dans le domaine de la santé mentale. Promotion et prévention deviennent dès lors des notions voisines.

B.5 Le fonctionnement du support social: les démarches de recherche d'aide

Seule une petite proportion des problèmes de santé donne lieu à la consultation de ressources médicales spécialisées (Dingle et al., 1964); la même constatation a été faite pour les problèmes de santé mentale. Le recours exclusif à des aidants informels, comme des membres de la famille et des amis, en cas de problème dépasserait le recours à des ressources professionnelles. Cette constatation a suscité un intérêt pour l'étude des comportements de maladie ou des comportements de recherche d'aide (Mechanic, 1978). Deux perspectives se dégagent ici. La première consiste à examiner quels sont les facteurs qui influencent le recours à des ressources professionnelles en cas de problème; ainsi, le fait d'être jeune, de classe moyenne, femme, et de race blanche augmenterait les chances d'un tel recours (Gourash, 1978). Sur cette base, on peut chercher à élaborer des stratégies qui visent à rejoindre les personnes qui ne viennent pas consulter.

La seconde démarche consiste à se demander à qui s'adressent les personnes qui ne consultent pas de services professionnels et à examiner le type d'aide qu'elles reçoivent éventuellement d'autres sources.

Freidson (1970) a été l'un des premiers à explorer systématiquement cette seconde voie. Il a montré que lorsque les personnes sont confrontées à un problème, elles peuvent s'adresser à deux types de ressources : à ce que l'auteur appelle un système de référence populaire (lay referral system) et à un système de référence professionnel. Chacun de ces systèmes a ses propres règles de fonctionnement et ses propres valeurs.

Le système de référence populaire est constitué de personnes de l'entourage : soit de proches ou de membres du réseau social, soit de personnes influentes dans la communauté. Les membres de ce système de référence peuvent eux-mêmes tenter de répondre directement à la demande, par l'intermédiaire d'aide ou de conseils, ou la référer à d'autres types de ressources. La probabilité d'une référence vers des ressources professionnelles spécialisées dépend du degré de convergence ou de divergence entre les conceptions et les valeurs des systèmes en présence. Plus elles diffèrent, moins il y a de chances pour que la personne soit référée à des ressources professionnelles par les membres de son milieu. Des études analogues dans le champ des problèmes de santé mentale ont été reprises plus récemment par Horwitz (1977, 1978). Elles montrent que la structure et la composition du réseau, ainsi que les valeurs qu'il véhicule, influencent le recours à des ressources formelles et la rapidité de ce recours.

Dans cette ligne, plusieurs travaux ont montré le rôle de support que des personnes telles des barman, des coiffeurs, des concierges... peuvent remplir auprès de ceux qui ne s'adressent pas à des ressources professionnelles. Leur rôle comporte deux dimensions principales (Kelly, 1966) : être des « agents de première ligne » auxquels s'adressent les personnes en cas de problèmes émotionnels ou matériels ; et servir d'intermédiaire entre la culture locale et la culture des services formels de santé. S'appuyant sur cette plus grande proximité culturelle entre aidants naturels et membres de la communauté, Leutz (1976) a proposé de passer beaucoup plus systématiquement par eux pour rejoindre les populations plus fragiles ; il suggère de leur donner un certain soutien et de leur indiquer à quelles ressources ils peuvent référer des cas trop lourds ou des problèmes qui sortent de leur compétence.

Cette option peut permettre d'*orienter différemment la manière dont on conçoit la création de services de santé mentale* dans une communauté. Dans cette perspective, une connaissance du milieu et des ressources qu'il comporte, de leur compétence et de leurs limites devient un préalable essentiel à la mise en place des services. De la même façon, il ne faut plus réfléchir uniquement au niveau de stratégie d'intervention directe, mais également au niveau d'alliance et de complémentarité par rapport à des ressources du milieu. L'action de ces aidants n'est cependant pas toujours facile à repérer car elle ne s'exerce pas suivant des canaux identifiables comme tels.

B.6 Réseau social et intervention

La notion d'« intervention de réseau » est devenue très populaire au cours de ces dernières années dans différents domaines: personnes âgées, enfants battus, problèmes psychiatriques... Les groupes d'entraide constituent une version particulière, en principe moins professionnelle, de cette nouvelle tendance.

Si on revient au schéma vulnérabilité/stress qui constitue notre fil conducteur, on peut dire que les interventions (préventives ou curatives) qui s'inspirent des différents travaux que nous venons de passer en revue visent moins la cause elle-même ou les symptômes que les mécanismes de réponse aux problèmes.

Ces interventions n'échappent pas toujours au risque de normativité: « refaire les réseaux » ou « remettre les gens en réseaux » deviennent les nouveaux objectifs mais les actions que génèrent ces derniers peuvent également être en porte-à-faux par rapport à la réalité concrète. Nous nous bornons à citer ici deux courants qui ont valeur de mise en garde dans ce domaine.

Le premier remarque que les interventions qui passent par les systèmes de support naturel doivent aussi impliquer une modification de l'attitude face à ce qu'est l'intervention. L'objectif est de soutenir les stratégies que des milieux, des communautés ou des individus privilégient pour aménager leurs problèmes, ce qui demande que l'on en ait une bonne connaissance préalable (Duhl, 1963).

Duhl, un psychiatre social, insiste par exemple sur le fait qu'il ne s'agit pas de refaçonner des ressources populaires en leur apprenant la psychiatrie, mais plutôt de renforcer et de soutenir leur action. C'est un principe analogue qui inspirait le fonctionnement d'un groupe d'entraide québécois, « Coupe-circuit », destiné à accompagner et aider des personnes présentant des problèmes psychiatriques dans la Basse-Ville de Québec (Langlois, 1981).

Dans la même ligne, Leutz (1976) qui a beaucoup travaillé avec les « agents urbains » tels les barman et les coiffeurs, insiste sur le fait qu'il faut commencer par comprendre les configurations locales des relations interpersonnelles associées à une relation d'aide et, alors seulement, tenter d'en optimaliser le fonctionnement par un système de consultation. Cette démarche diffère de celle qui a caractérisé les premiers moments de la psychiatrie communautaire, où l'on tendait davantage à introduire les représentants du milieu local dans le système des services, à les « socialiser » à son mode de fonctionnement.

À un autre niveau, des interventions de réseau qui visent à resocialiser à tout prix les personnes ou à mobiliser leur réseau de relations peuvent également être inadéquates. Il faut être prudent lorsque l'on veut remobiliser le tissu social pour aider les personnes en difficulté (DiMatteo et Hays, 1981). Il faut tenir compte des modes de défense habituels des personnes et de la place qu'elles accordent elles-mêmes aux membres de leur entourage. Des conséquences négatives peuvent résulter du fait de bloquer la personne en difficulté dans une position de receveur d'aide: par exemple une baisse de l'estime de soi ou l'augmentation d'un sentiment de dépendance (voir aussi Corin et al., 1984). Dans une ligne similaire, des travaux montrant une association négative entre support social et santé mentale en milieu de travail suggèrent qu'un trop grand soutien peut entraver la capacité de supporter un certain niveau de stress ou de problèmes de la vie quotidienne.

B.7 Les implications

Le fait de centrer son attention sur les réseaux sociaux et le support social amène à modifier profondément les perspectives tant au niveau de la compréhension des problèmes vécus dans le champ de la santé mentale qu'à celui des interventions à développer dans ce champ.

Au premier de ces plans, certains travaux montrent que cette ligne d'étude permet de surmonter la discontinuité apparente entre les recherches concernant l'action des facteurs macrosociaux et culturels dont nous avons parlé et les problèmes que connaissent des individus concrets. Elles jettent un éclairage sur les types de mécanisme en jeu et permettent de mieux comprendre leur action, tant lors de la naissance des problèmes que lors de leur aménagement. Les données qui commencent à s'accumuler montrent que ces mécanismes sont complexes alors que l'on persiste souvent à en avoir une conception extrêmement simpliste.

Sur le plan de l'intervention, plusieurs points méritent d'être relevés: il peut être important de « dépolariser » les interventions individuelles et de travailler également au niveau des interrelations, dans une ligne analogue à celle qui ressortait des études sur le contexte familial. D'autre part, les interventions professionnelles ne constituent pas le recours exclusif, ni même toujours dominant, en cas de problèmes de santé mentale et ne se centrer que sur elles risque de laisser dans l'ombre une partie importante des actions d'aide et de soutien dans le domaine de la santé mentale, comme aussi de larges fractions de la population qui n'arrivent pas, ou rarement, en contact avec les services. Il faudrait préciser le champ de compétence de chacun et penser à des mécanismes de collaboration des ressources du milieu, plus que vouloir absolument et à tout prix couvrir tous les problèmes et toutes les demandes avec les risques de dépendance soulignés plus haut. D'un autre côté, il faut pouvoir apprécier les limites des actions pouvant émaner du milieu et examiner de quelle manière on peut les épauler ou les rendre complémentaires.

C. Une perspective écologique

Les études sur le problème des enfants maltraités ont bien montré que ce type de fonctionnement familial a plus de chances de survenir dans certains milieux et est influencé par une série de facteurs: des dynamiques de quartier (Garbarino et Sherman, 1980); l'isolement des parents ou un manque de support leur permettant de ne pas se sentir piégés dans leur rapport avec l'enfant; des phénomènes sociaux plus larges comme la disponibilité d'un travail ou l'état de l'économie, par exemple (Bronfenbrenner et Crouter, 1982; Bouchard, 1983).

C.1 Écologie et support social

Il est ainsi important d'examiner quel est le contexte, écologique et social, qui influence la composition et le fonctionnement des réseaux sociaux ou celui des systèmes de référence dont nous avons parlé. Ainsi, la fonction de support du voisinage dépendrait des normes locales de réciprocité entre voisins, ces dernières manifestant à leur tour l'effet de la configuration spatiale du voisinage (Collins, 1973); de la même manière, les traits spécifiques de différents quartiers urbains influenceraient le fonctionnement des réseaux d'aide et la façon dont opère l'utilisation des ressources formelles (Warren, 1981). Une étude récente conduite auprès de personnes âgées au Québec a montré que cette dynamique sociale

revêt des formes spécifiques dans différents contextes de voisinage (Corin, 1984; Corin et al., 1984). Il est important de tenir compte de cette diversité des environnements lorsque l'on planifie les interventions et d'adapter ces dernières à des dynamiques de milieu spécifiques.

Dans la ligne de cette perspective plus écologique, il faut mentionner la fonction de soutien importante que revêt, pour certaines catégories de personnes, un sentiment d'appartenance ou d'identification à un quartier. Dans l'étude sur les personnes âgées au Québec mentionnée plus haut, on a montré l'importance de certains lieux sociaux pour les personnes âgées, particulièrement pour les hommes de milieu défavorisé. Un examen des activités quotidiennes de ces personnes et de leur utilisation de l'espace a montré que la fréquentation de lieux collectifs comme des parcs, des centres d'achat... constitue pour elles une forme de sociabilité privilégiée. Ce type d'environnement permet à des personnes solitaires, ou à ceux qui valorisent la solitude pour une raison ou une autre, de s'articuler malgré tout sur certains lieux sociaux et d'y avoir des contacts sans qu'il leur soit nécessaire de s'engager trop dans ces derniers. Ce type de sociabilité ou de support social demeure souvent non perçu par les travaux de recherche qui s'inspirent de concepts comme celui de réseau social ou de support social (Corin, 1981).

Il est possible que de tels lieux aient une fonction importante pour la réinsertion de certains patients psychiatriques dans la communauté, pour lesquels il est important à la fois de pouvoir protéger autour d'eux un certain territoire privé et de ne pas s'enfermer dans un retrait complet. Beels (1981) a souligné l'importance que peut revêtir pour eux le fait de fréquenter des lieux comme des restaurants ou des tavernes.

Certaines recherches confirment cette dimension écologique du support social. Ainsi, Biegel et al. ont postulé que le support social peut jouer à trois niveaux différents. Ils ont mesuré la valence de support respective associée à chacun d'eux dans différentes conditions de stress et pour différentes catégories de personnes en se servant d'une échelle de santé mentale. Les trois niveaux de support distingués sont:

— un support direct obtenu d'autres individus (= niveau visé par la majorité des travaux sur le support social);
— un support indirect découlant d'une participation à certains groupes sociaux ou associations;

— un support plus général qualifié d'ajustement social, présent dans la communauté plus large (l'attachement au lieu de résidence ou au milieu de travail).

Les données recueillies montrent que pour les membres de groupes ethniques et les personnes âgées, et secondairement pour les membres de classes sociales défavorisées, c'est la variable d'« ajustement social », au sens que lui donnent les auteurs, qui revêt le poids le plus grand en regard de la santé mentale, et cela, quel que soit le niveau de stress considéré. Par contre, pour les personnes de milieu socio-économique plus élevé, plus jeunes et appartenant à l'ethnie américaine dominante, la satisfaction en regard du travail apparaît comme la plus importante en cas de stress mineur alors qu'un soutien direct est plus utile en cas de stress plus grave.

Si l'on revient au cas des personnes ayant des problèmes de santé mentale, ou même à celui des personnes âgées, il faut noter que certains environnements physiques se prêtent mieux que d'autres à ce type de participation silencieuse ou relativement passive; certains quartiers se révèlent plus tolérants que d'autres à cette errance de la marginalité. Segal et Aviram (1978) ont suggéré que la réinsertion sociale des patients psychiatriques se fait plus facilement dans les quartiers qui ne sont pas trop organisés et qu'elle est plus difficile dans des quartiers plus conventionnels ou bourgeois. Il est important de tenir compte de ces rapports « naturels » entre les patients et leurs milieux lorsque l'on pense à la création de strutures de réinsertion. On aurait certainement intérêt à prêter plus d'attention aux endroits que les patients eux-mêmes tendent à privilégier et à ne pas trop rapidement en analyser l'impact négatif (en mettant l'accent sur les mécanismes de rejet qui y conduiraient, en un processus de « ghettoisation », ou sur l'anomie ou l'exploitation que l'on y associe).

C.2 Les implications

Les données recueillies dans les recherches en écologie sociale montrent que réseaux sociaux et support social n'existent pas « en l'air » et qu'on ne peut les aborder à partir du seul « individu-centre ». Leur forme et leur dynamique renvoient aussi en partie à des facteurs de milieu et d'environnement. De manière parallèle, il est difficile de concevoir un modèle uniforme d'intervention de réseau ou de support social qui ne tienne pas lui aussi compte de ce qui caractérise ces réalités dans des milieux particuliers.

Chapitre 4

Des implications pour l'action

1. La santé mentale ?

Même s'il fait une large part aux problèmes qui peuvent survenir dans ce champ, ce travail s'est voulu résolument centré sur la santé mentale, les conditions qui contribuent à la promouvoir et celles qui l'handicapent. Un certain nombre de points forts ressortent des travaux et données que nous avons passés en revue. Avant de les rappeler et d'en dégager les implications concrètes pour l'action, il faut relever qu'un certain nombre de questions demeurent posées par rapport à la notion de santé mentale elle-même.

En mettant l'accent sur les conditions qui sous-tendent la santé mentale, aux niveaux biologique, psychologique et contextuel, nous avons voulu échapper aux pièges que constitue une définition normative de la santé mentale, définition qui nous paraissait aller à l'encontre de la dynamique impliquée par la notion elle-même.

Nous voudrions revenir sur cette difficulté qu'il y a à définir la santé mentale et sur le caractère arbitraire d'une telle définition en soulignant deux aspects de cette difficulté.

1.1 La question de la continuité

L'un de ces aspects touche à la question de la continuité ou de la discontinuité du rapport entre bonne et mauvaise santé mentale. On peut poser comme principe qu'une santé mentale idéale n'existe pas, comme c'est d'ailleurs le cas dans le domaine de la santé physique. Il faut plutôt parler de degrés de santé dont la valeur est relative au contexte et au type de critère que l'on entend considérer. Sur le plan de la santé physique par exemple, il semble évident que les critères de bonne santé physique utilisés dans la vie concrète ne sont pas les mêmes dans la majorité des pays d'Afrique où la population entière souffre de parasitose et dans des régions où l'on souffre d'une alimentation trop riche; les normes auxquelles se réfère un coureur lorsqu'il « monitore » quotidiennement sa performance ne sont pas non plus semblables à celles qu'utilisent un ouvrier ou un professeur lorsqu'ils cherchent à évaluer leur état de santé.

Si on considère le cas des troubles psychiatriques, on y retrouve cette même question de la continuité-discontinuité, dans le domaine de l'épidémiologie par exemple. Dernièrement, un article paru dans le *Psychiatric News* (novembre 1984) a publié les résultats de la première phase d'une étude entreprise par le National Institute of Mental Health et qui révèlent que 19 % des Américains interrogés dans 5 territoires aux États-Unis souffrent de maladie mentale. Ces données rejoignent celles d'autres études épidémiologiques qui indiquent qu'entre 15 et 25 % de personnes souffrent de problèmes psychiatriques significatifs dans la population générale (Commission présidentielle des États-Unis, 1978).

On peut malgré tout s'interroger sur la signification de tels taux de problèmes psychiatriques. Certains suggèrent que des données recueillies en réponse à des échelles visant à mesurer l'anxiété et la dépression pourraient renvoyer à un état de « démoralisation » (Frank, d'après Kovess, 1982) plus général. Par ailleurs, les études épidémiologiques ont certainement amélioré leur potentiel diagnostic au cours de ces dernières années.

De toute manière, même si cette question de la continuité n'est pas entièrement résolue en psychiatrie et si la délimitation de frontières strictes continue à poser problème, la maladie mentale n'est pas une abstraction ou un mythe ; elle constitue une réalité dont l'occurence répond à la convergence d'une série de facteurs dont le modèle « vulnérabilité-stress » que nous avons brièvement présenté plus haut rend sans doute compte de la manière la plus complète et la plus nuancée.

Si de tels problèmes de frontières existent déjà lorsque l'on veut délimiter des problèmes psychiatriques, à plus forte raison les retrouve-t-on lorsque l'on cherche à préciser le contenu d'une notion aussi fluide que celle de « santé mentale ».

Nous avons choisi ici de privilégier une *définition interactive* de la santé mentale. Cette dernière se situe à la rencontre, toujours variable, entre conditions biologiques, de développement et contextuelles. Ceci signifie qu'un simple critère de « bonne adaptation » est insuffisant pour définir une bonne santé mentale si cette idée place du côté du milieu la référence principale à laquelle doit s'ajuster l'individu ; de la même manière, des définitions en termes strictement individuels, comme celles que prônent les théories humanistes dans notre société, nous paraissent demeurer trop centrées sur la personne et ne pas refléter ces dimensions interactives de la santé telle qu'elle est vécue dans la vie quotidienne et telle que nous l'ont décrite les personnes que nous avons rencontrées au cours de notre consultation de groupes sociaux.

Si le modèle de « vulnérabilité-stress » nous a effectivement servi de point de départ pour aborder l'examen de la notion de santé mentale, chacun des chapitres et plus particulièrement chacun des axes développés dans le troisième chapitre nous ont permis d'ouvrir des perspectives qui dépassent largement une notion simple de bonne adaptation.

De manière générale, on peut dire que la santé mentale est à comprendre comme une tension, une perspective qui demande certaines conditions pour pouvoir s'actualiser de manière optimale; on ne peut la cerner comme un contenu définissable à priori et à partir duquel on pourrait porter un jugement sur l'état de santé mentale d'individus ou de groupes.

1.2 La relativité des signes et des critères

Ce n'est pas seulement le niveau optimum de santé qui varie selon les contextes, mais aussi les signes précis que l'on associe, dans différents milieux, à une bonne ou à une mauvaise santé mentale.

Cette relativité peut se manifester au niveau des *types de symptômes ou de signes* à travers lesquels s'exprime un sentiment de malaise dans un contexte particulier. On a souligné que certaines cultures, comme les cultures africaines ou chinoises, ou certaines classes sociales, plus précisément les classes défavorisées privilégient un mode d'expression somatique des problèmes.

La raison de cette orientation dépend des contextes ou des auteurs. En Afrique, on a fait référence à un investissement particulier du corporel, suite aux expériences de l'enfance ou à certains aspects du développement psychologique qui touchent à l'expression des affects (Collomb, 1965). Dans nos sociétés, on fait ici référence aux modes d'expression qui sont culturellement valorisés dans différents milieux et qui influencent la « crédibilité » associée à différents types de plaintes par l'entourage (Zola, 1963). Ceci peut amener la personne à sélectionner certains des aspects d'un malaise diffus et pluridimensionnel qu'elle ressent (Mechanic, 1972). Pensons par exemple au fait que des idées dépressives sont peu valorisées dans le monde masculin nord-américain, une symptomatologie physique ayant d'avantage de chances d'attirer la sympathie (Zborowski, 1952).

À un second niveau, les valeurs privilégiées par une société particulière paraissent associées à *ce sur quoi on met l'accent dans une définition* de la santé mentale. Dans notre société par exemple,

l'importance accordée aux valeurs d'autonomie et d'indépendance conduit à une dévalorisation systématique de tout ce qui pourrait avoir une connotation de dépendance. C'est en fonction de ce critère que certains professionnels en viennent à poser des jugements de valeurs globaux sur la portée thérapeutique possible de groupes ou de mouvements lorsque leur action implique une adhésion des individus à relativement long terme ou le charisme d'un leader. Dans d'autres contextes socioculturels qui valorisent une interdépendance entre les membres de la communauté et la dimension relationnelle de l'individu, ces questions se posent différemment.

2. L'apport de la consultation

Rappelons que le processus de consultation entrepris avait comme objectif principal de nous permettre de ne pas porter seuls le poids d'avoir à définir la santé mentale et ses conditions, et d'associer d'autres catégories de définisseurs à notre démarche. Nous désirions plus particulièrement faire ressortir les éléments d'unité et de diversité dans les définitions énoncées à partir de différentes positions sociales, ainsi qu'examiner leur relation aux données qui ressortent de la littérature médicale.

Si l'on examine d'abord les résultats de la *consultation des groupes sociaux*, il est frappant de voir ces derniers exprimer des réserves analogues à celles que nous-mêmes avions ressenties face à la tâche d'avoir à définir ce qu'est la santé mentale ; certains ont même refusé directement d'énoncer une telle définition.

Un autre point saillant qui ressort de ces entrevues avec des représentants de groupes sociaux est que la santé mentale tend à être définie à partir des préoccupations spécifiques à chacun des mouvements et apparaît ainsi comme une préoccupation qui parcourt tous les champs d'activités. Les réponses indiquent qu'une des manières d'intervenir dans le champ de la santé mentale pourrait consister à renforcer ou à stimuler les préoccupations des divers groupes du milieu dans ce domaine. Certaines des solutions proposées ici indiquent également des actions impliquant des réformes structurelles profondes de la société québécoise.

Au niveau de la *consultation réalisée par le biais des média* et qui a davantage rejoint des intervenants professionnels ou des représentants d'établissements, on observe moins de réticences à définir ce qu'est la santé mentale. Les répondants ont tendance à se référer à un modèle idéal de la santé mentale, modèle dont les composantes individuelles sont plus fortement accentuées que dans

le cas des groupes sociaux; d'autres réponses rejoignent cependant le point de vue incarné ou contextuel qu'ont exprimé ces derniers.

La dimension sociale de la santé mentale est plutôt introduite au niveau des facteurs associés à une bonne santé mentale, ainsi que dans l'éventail des solutions ou actions proposées.

Si on compare l'ensemble des réponses obtenues avec les données qui ressortent de notre dépouillement de la littérature compulsée, on observe qu'elles se recoupent largement au niveau de la dimension contextuelle, tout au moins en ce qui a trait à ce que nous avons décrit sous la rubrique « contexte général de société ». La dimension du développement est beaucoup moins présente dans les réponses recueillies alors que la dimension biologique en est quasiment absente. Nous avons signalé plus haut les causes possibles d'une telle omission.

Lorsque l'on examine plus attentivement les lignes d'action proposées, on retrouve particulièrement chez les professionnels, mais également auprès des autres répondants, de la difficulté à concevoir des interventions qui soient adaptées aux dimensions des problèmes que l'on a fait ressortir. On peut en citer comme exemple la fréquence avec laquelle sont citées les campagnes d'éducation et d'information, censées résoudre bien des problèmes alors que leur efficacité est loin d'avoir été démontrée.

3. Quelques lignes de force qui ressortent de l'examen des travaux consultés

3.1 Une approche multidimensionnelle

Notre revue des divers documents retenus a été organisée *autour de trois dimensions* que nous pensions pertinentes par rapport à une approche centrée sur les conditions qui sous-tendent la santé mentale. Le choix de ces dimensions a été fait en fonction des intérêts spécifiques et des compétences des auteurs de ce rapport; d'autres points de vue auraient sans doute pu être adoptés mais nous avons l'impression que ceux qui sont présentés dans le rapport permettent une approche cohérente et relativement complète des principaux champs à explorer.

Chacune des dimensions est abordée dans un paragraphe différent pour faciliter l'exploration et la présentation de la littérature analysée. Notre conviction profonde est cependant que les dimensions retenues sont *essentiellement complémentaires*, même si les recherches reflètent encore souvent une approche dichotomique des

dimensions biomédicale d'une part, psychosociale de l'autre. Il nous apparaît essentiel que les travaux et réflexions tentent de mieux cerner le mécanisme des interactions entre ces divers aspects de la santé mentale, comme le font certaines études actuelles sur le stress.

Il est parallèlement important de sortir d'un schéma polarisé où l'on chercherait à mettre en évidence la « cause première » des problèmes ; il s'agit plutôt d'effectuer un changement d'épistémologie et de mettre en avant l'idée d'une causalité circulaire et réciproque des phénomènes entre eux. C'est un point de vue similaire, basé sur l'idée d'une réelle complémentarité entre les approches biologique, psychologique et contextuelle, qui devrait présider à la mise en place d'interventions.

Chacune des trois parties autour desquelles est organisée cette revue est *structurée* un peu différemment pour des raisons conjoncturelles mais aussi pour des motifs plus directement reliés aux champs eux-mêmes. Il faut en particulier relever l'importance donnée à la dimension historique dans la présentation de l'*axe biologique*. Il y a à ceci deux raisons principales : un souci de dédramatiser les débats actuels entre partisans et adversaires de l'approche biologique en montrant qu'ils prolongent des discussions bien plus anciennes entre des positions qui ont toujours existé en tension dialectique ; un désir de permettre aux personnes non familières avec ce domaine de saisir la logique qui sous-tend les travaux et recherches dans le champ biologique. *Au niveau du développement*, où le champ est bien circonscrit et les travaux empiriques abondants, la présentation de données et d'échelles plus précises était davantage possible que dans le cas des deux autres dimensions ; nous avons voulu ainsi fournir des repères permettant de guider l'observation et d'affiner notre compréhension des processus du développement et des conditions qui les sous-tendent. Dans le champ contextuel, l'ampleur du domaine investigué nous a conduits à présenter plutôt des indications plus générales ou de grandes orientations mettant en relief à la fois la richesse et la complexité des interactions entre la santé mentale et des éléments de contexte.

D'autre part, si la santé mentale se situe au point de convergence entre ces trois grandes dimensions, il est évident que le poids que revêt chacune d'elles varie en fonction des circonstances et des stades du développement.

3.2 Quelques idées clé

Sur le plan biologique, les recherches actuelles montrent l'importance d'une meilleure compréhension de la manière dont les dimensions biologique et psychique parcourent l'ensemble des problèmes de santé, aussi bien dans le champ de la santé physique que celui de la santé mentale. On tient encore peu compte de cette évidence, tant au niveau des programmes de formation qu'à celui des interventions ; la structure organisationnelle des établissements et les habitudes de pratique disciplinaires constituent souvent des obstacles à la mise en place de structures favorisant échanges et collaboration concrets. De plus, les travaux actuels réalisés dans le domaine de la psychopharmacologie indiquent que les médicaments sont autre chose qu'une « béquille psychologique » ou une « camisole chimique » et qu'ils peuvent avoir un effet thérapeutique réel.

Sur le plan du développement, la personne apparaît comme étant en évolution continue ; cette transformation intervient simultanément dans différents domaines qui ne progressent ou ne varient pas toujours au même rythme. Il est important d'avoir présents à l'esprit les enjeux principaux qui sous-tendent les différentes phases du développement afin de pouvoir fournir éventuellement aux personnes en difficulté un soutien approprié. En conséquence, les critères que l'on applique à des individus pour évaluer leur santé, leurs performances ou leurs attitudes devraient différer d'une étape à l'autre du développement. De manière générale aussi, il faut rappeler que les échelles présentées constituent des repères pour l'observation et la compréhension, plus que des règles à appliquer dans un sens normatif.

Sur le plan contextuel, il apparaît nettement insuffisant de s'en tenir à une approche basée sur des facteurs sociaux comme le sexe, la classe sociale pour comprendre l'influence du contexte sur la santé mentale et mettre en place des actions pour la soutenir. Une approche strictement factorielle, au sens où nous venons de la définir, ne peut aboutir qu'à mettre en évidence des « populations cibles » sans fournir de piste quant aux moyens de les rejoindre et aux types d'intervention à mettre en place. Ces interventions risquent en effet de demeurer pensées à partir des cadres de référence des intervenants et de demeurer en porte-à-faux par rapport aux personnes que l'on veut rejoindre.

Notre présentation des données contextuelles a permis de faire ressortir un certain nombre d'éléments problématiques de la société dans laquelle nous vivons. Nous avons par exemple mentionné le caractère potentiellement pathogène des conditions socio-

économiques difficiles dans lesquelles vivent des couches importantes de notre société ; nous avons vu que l'impact de ces conditions se manifeste à toute une série de niveaux et qu'elles peuvent avoir à long terme des conséquences graves et difficilement réversibles. Nous avons vu que ce contexte de société favorise également le désengagement social des jeunes et leur retrait dans des mondes parallèles. Un autre exemple de problème de société que nous avons relevé est le risque de gestion des individus par des structures qui leur échappent : qu'il s'agisse de structures agissant au niveau économique ou des grandes machines de service que nous avons mises en place ; nous avons relevé que le repli sur le moi que propose notre société peut accentuer ce processus.

Nous avons enfin observé que ces variables de contexte sont elles-mêmes reliées entre elles et que l'on observe des mécanismes d'interaction complexes entre les conditions écologiques, les dynamiques relationnelles et familiales et les réactions individuelles.

D'autre part, la démarche que nous avons adoptée nous a conduits à ne pas nous limiter à considérer le contexte comme une seule source de problèmes mais à examiner de quelle façon il oriente aussi les manières d'être, les stratégies et les comportements. Ceci nous a amenés à accorder une grande importance aux dynamiques socioculturelles spécifiques à certains groupes ou milieux ; nous allons y revenir.

3.3 Changement et diversité

Deux traits principaux nous paraissent pouvoir caractériser la société québécoise contemporaine : la rapidité et l'étendue des changements qu'elle a connus ainsi que la diversité et le pluralisme des références que l'on y voit opérer.

Les *changements* qui sont survenus dans notre société au cours de ces vingt dernières années ont affecté aussi bien les modes d'organisation sociale que le rapport plus intérieur aux valeurs. Notre société est ainsi caractérisée par de nombreuses discontinuités culturelles qui se manifestent à différents niveaux : au niveau d'un décalage entre les valeurs prônées par des segments différents de la population qui ont été inégalement impliqués dans les transformations récentes ; à celui d'un décalage entre les valeurs prônées dans les sphères publique et privée de l'existence ; au niveau d'un décalage plus diachronique qui parcourt la vie des membres plus âgés de notre société, ou même de ses membres d'âge mûr, et qui se manifeste par une rupture entre les valeurs dans lesquelles les personnes ont été socialisées et celles qui sont prônées dans la

société actuelle; au niveau enfin d'un décalage plus subtil qui concerne plus particulièrement les jeunes et qui se manifeste par une absence de modèle ou de repères pertinents qui pourraient les aider à s'orienter dans la société et y actualiser certains rôles sociaux. Ce manque de repère par rapport aux nouveaux rôles sociaux est par ailleurs plus général et est lié à la rapidité des transformations qui ont eu lieu.

Nous avons vu que l'on ne peut se limiter à mettre en exergue la seule portée déstructurante du changement par rapport aux modes de vie passés et qu'il faut s'attacher à comprendre ce qui se réorganise dans ce contexte.

La *diversité et le pluralisme* qui caractérisent la société québécoise constituent une face différente de la même question. Nous avons montré comment cette diversité se retrouve dans le champ des valeurs et dans le domaine des espaces de vie, à travers la diversité des quartiers urbains ou des milieux ruraux; elle marque aussi les orientations et comportements caractéristiques des groupes que nous avons qualifiés de structurellement marginaux par rapport à la société dominante.

Cette diversité culturelle de la société québécoise est source de défi. Vécue comme un manque de cohérence culturelle, elle peut être une source de problème pour des individus vulnérables et qui auraient du mal à trouver des repères leur permettant de s'orienter dans la vie sociale. Elle peut aussi être une richesse, et permettre par exemple à des quartiers urbains d'échapper à l'anonymat des grandes villes en offrant à leurs membres un espace d'identification sociale et d'appartenance; dans cette optique, elle est à encourager et à promouvoir. Elle constitue enfin un défi à nos interventions dans la mesure où elle nous invite à nous interroger sur la lecture que nous faisons des problèmes prévalant dans un groupe ou un milieu donnés ainsi que sur la pertinence de nos idées et modes d'action par rapport aux groupes ou populations que nous cherchons à rejoindre. Cette conscience de la diversité des références invite aussi, au moins pour certains types d'actions, à une association avec des représentants ou des groupes des milieux que l'on veut toucher ainsi qu'à favoriser les initiatives qui émanent des milieux.

4. Des clés pour l'action

À la suite de ce travail, le Comité de la santé mentale du Québec émet un certain nombre de recommandations concernant les orientations à promouvoir dans le champ de la santé mentale.

4.1 Des principes généraux

Le fait d'avoir adopté le modèle vulnérabilité/stress comme fil conducteur de notre travail implique que les interventions dans le champ de la santé mentale ne peuvent se limiter à repérer des populations à risque et à leur offrir des services, mais qu'il faut également viser à renforcer les *mécanismes individuels et collectifs de « coping »*. Si le champ potentiellement lié à la santé mentale paraît immense et peut-être illimité, il s'agit sans doute moins, dans une perspective de santé mentale, de mettre en place toute une gamme de services couvrant l'ensemble de ces champs que de soutenir et d'encourager les actions qui émanent d'autres sources. Ceci demande une modification de nos modes de planification habituels ainsi que de notre conception du rôle de professionnel; ce dernier doit être partiellement relu en terme de soutien, de complément, pas nécessairement de leadership. Ceci implique également l'établissement de certains mécanismes de collaboration entre des professionnels et les communautés ou des groupes du milieu.

On peut situer sur trois plans principaux les modifications à apporter à nos pratiques habituelles d'intervention lorsque l'on veut se placer dans une optique de santé mentale:

— au niveau d'un *changement de point de vue*, dans la mesure où les personnes, les groupes, les communautés ne sont plus seulement perçus comme des sources des problèmes mais comme possédant des dynamiques propres qu'il est important de chercher à connaître, comprendre et promouvoir;

— au niveau d'un *élargissement des catégories d'acteurs impliqués* tant par rapport à l'objet sur lequel on intervient (dans la mesure où il peut être nécessaire d'envisager des actions qui dépassent le niveau individuel) que par rapport aux acteurs de l'intervention, les professionnels ne représentant qu'une des catégories d'intervenants possibles; l'établissement de mécanismes de complémentarité demande que soient définies avec précision les compétences et les limites de chacun;

— au niveau d'une *diversification des niveaux d'intervention* à concevoir: individuel, communautaire, social...

Dans ce dernier contexte, on peut dire que les actions entreprises au niveau communautaire visent à renforcer les pouvoirs d'analyse et d'action des membres du groupe, ainsi qu'à favoriser certaines actions collectives. La nécessité d'actions qui se situe parallèlement au niveau de la société est justifiée par la distinction que nous avons introduite plus haut entre des « enjeux individuels » et des

« épreuves collectives de structure sociale » ; l'importance de ces dernières (ou l'articulation des premiers sur les secondes) est indiquée par l'importance que certaines catégories de problèmes récurrents occupent dans notre société. À ce niveau, des actions centrées sur les individus et les facteurs singuliers qui les influencent ne sont plus suffisantes. Elles demeurent malgré tout nécessaires pour soutenir ou aider les individus plus fragiles.

4.2 Quelques exemples

Tout au long de notre présentation des divers travaux analysés, nous avons indiqué certaines implications pratiques des données sur le plan des interventions. Nous nous bornons ici à en rappeler certaines à titre d'exemple.

En rapport à la dimension biologique de la santé mentale, on peut relever deux points principaux :

— la nécessité de mettre au point des mécanismes permettant de diffuser les informations qui concernent les progrès dans le champ de la psychopharmacologie, afin d'assurer une utilisation plus adéquate des médicaments et un meilleur ajustement des médicaments éventuellement nécessaires aux besoins et réactions des individus ;

— l'intérêt de mettre en place différents types de mécanismes permettant une concrétisation des nouvelles orientations en matière de médecine psychosomatique.

Il faut aussi noter que les connaissances et les interventions liées à cette dimension se développent de manière extrêmement rapide et qu'il est important de tenir compte de l'éclairage qu'elles jettent sur la dynamique de la santé mentale et des problèmes qui y sont liés.

En rapport à la dimension du développement de la santé mentale :

— participer à la constitution d'un environnement optimal pour le développement en créant des structures d'accueil pouvant prendre le relais de l'environnement familial quand les parents ne sont pas disponibles ou pour permettre à ces derniers d'introduire dans leur rapport à l'enfant des pauses les aidant à se régénérer personnellement ;

— adapter les programmes et interventions au niveau du développement de l'enfant ou de la personne ; faire en sorte que les défis qui lui sont proposés s'ajustent à ses capacités réelles ;

— favoriser une pédagogie active qui permette de maximiser l'action des mécanismes d'apprentissage;
— avoir conscience des défis essentiels à relever à chacun des stades de développement comme l'acquisition d'un sentiment de confiance, d'autonomie, d'identité...;
— sensibiliser les professionnels à la complexité du monde auquel se trouvent confrontés les jeunes et éclairer ainsi certaines de leurs réactions;
— avoir conscience de la valeur structurante de certains conflits, par exemple au moment de l'adolescence, et pouvoir en dédramatiser l'impact sur l'entourage proche; tout conflit porte en effet en lui la possibilité d'une double évolution, vers une désintégration ou vers une synthèse de type supérieur; il faut relever l'importance que revêtent les groupes de pairs dans ces moments de conflits, au niveau du soutien qu'ils peuvent apporter concrètement et comme lieu où peuvent s'élaborer les modèles de rôles dont nous avons souligné l'absence relative dans notre société.

On peut aussi inviter, dans ce contexte, à ne pas trop fractionner les programmes et interventions en fonction des classes d'âge afin de ne pas renforcer abusivement le clivage que nous avons pu opérer dans notre société à l'intérieur de cette dimension.

En rapport à la dimension contextuelle de la santé mentale, nous avons déjà relevé, dans les orientations globales pour l'action, certaines implications des données. Citons quand même ici:
— la nécessité d'être attentif à la diversité des modes de vie et des valeurs lorsque l'on intervient;
— l'intérêt de diversifier les actions en fonction des milieux et des quartiers, à la fois pour permettre un meilleur ajustement aux dynamiques locales et pour contribuer au développement des mécanismes collectifs d'affrontement des problèmes;
— la nécessité d'avoir clairement présente à l'esprit la dimension multiple des effets de conditions de vie difficiles;
— la nécessité de ne pas se limiter à une vision individuelle des problèmes de santé mentale et d'ouvrir à la fois notre cadre de compréhension et notre champ d'action aux niveaux familial, relationnel et écologique;
— la nécessité, dans ce cadre, d'être attentif à l'« histoire naturelle » des problèmes psychiatriques et des dynamiques relationnelles qui leur sont liées, afin de pouvoir planifier avec plus

d'exactitude ou d'à propos les interventions les plus appropriées à différents moments de cette histoire;

— la nécessité d'être attentifs aux modes de réorganisation individuels, sociaux et collectifs afin de pouvoir les promouvoir: par exemple, dans le cas des familles monoparentales, de jeunes, au niveau des modes d'échange qui fonctionnent dans des quartiers apparemment désorganisés ou encore dans le cas de personnes qui ont souffert de problèmes psychiatriques légers ou graves.

Ce dernier point nous apparaît important, toujours dans une optique de santé mentale, dans la mesure où il peut permettre à des individus ou à des groupes de conserver un certain jeu d'autonomie et de ne pas se sentir piégés par les problèmes ou dans un sentiment de dépendance par rapport aux services. Il faut par ailleurs avoir conscience que cette orientation générale d'action ou d'attention est loin d'être réclamée ou encouragée par toutes les catégories « d'usagers » habitués à négocier leurs demandes dans le cadre d'une équation besoins-services; elle ne devrait pas non plus justifier des démissions ou l'abandon de certains patients psychiatriques sans leur offrir des services appropriés.

Les données relatives aux comportements de recherche d'aide nous ont appris que les services formels ne représentent que l'une des catégories de ressources auxquelles peuvent s'adresser les personnes confrontées à un problème particulier. D'autre part, il faut avoir conscience de ce que tous les milieux ne possèdent pas la même richesse au niveau de réseaux d'aide, de systèmes de support naturels et de groupes de soutien. Il est sans doute important d'appliquer aux collectivités la distinction qu'a établie Lieberman à un niveau individuel entre les « self reliant non seekers of help » qui ne recourent pas à des services formels en cas de problèmes mais disposent par ailleurs de nombreuses ressources personnelles et sociales, et les « reluctant non seekers of help » qui ne font pas non plus appel à de tels services tout en n'ayant que très peu ou pas de ressources personnelles et sociales. Il apparaît évident que les stratégies d'intervention à promouvoir dans chacun de ces cas ne sont pas équivalentes.

Pour étoffer les données recueillies dans le cadre de ce travail, pour les actualiser en fonction de notre contexte culturel et pour en tester les implications concrètes, il faudrait promouvoir tant les recherches que les recherches-action dans le domaine de la santé

mentale. Il faudrait également favoriser particulièrement une recherche multidisciplinaire s'attardant aux interrelations entre les différents champs décrits et aux mécanismes qui les sous-tendent.

4.3 Des orientations générales pour une politique de santé mentale

Le fait de considérer la santé mentale et les problèmes psychiatriques dans une perspective multidimensionnelle et de mettre l'accent sur des stratégies de promotion de cette santé mentale amène à élargir parallèlement le champ des interventions.

Il faut envisager l'élaboration d'une politique qui se situe à deux niveaux différents :

— au niveau d'un « noyau dur » où l'on se préoccupe des problèmes psychiatriques lourds : au niveau de la prévention, du traitement et des actions de réadaptation ;

— à celui d'une « aura » plus large, plus directement concernée par la santé mentale et où il serait moins question de préciser une série de lois ou de modèles que de sensibiliser et de créer des « mécanismes d'attention » et de soutien aux dynamiques existantes. Certaines actions à portée plus globale sont également à envisager dans ce contexte.

Ce « noyau dur » de la santé mentale demeure toujours le champ prioritaire de la psychiatrie qui garde dans ce domaine une compétence et une responsabilité non pas exclusives mais certainement majeures.

Les études épidémiologiques ont attiré l'attention sur l'importance que revêt ce « noyau dur » de la santé mentale. L'évolution démographique de notre société contribue certainement à cette importance des problèmes. Un premier facteur est l'augmentation de la proportion des personnes âgées et très âgées (« old old ») dans la population. Des publications et articles récents sur la maladie d'Alzheimer nous ont sensibilisés aux troubles psychiatriques spécifiques qui peuvent accompagner le vieillissement ; notons cependant qu'il faut demeurer prudent par rapport à une association trop rapide entre vieillissement et détérioration. Un second facteur est le fait que les enfants du « baby boom » ont atteint depuis le début des années soixante-dix l'âge où se manifestent le plus les problèmes psychiatriques et ont ainsi grossi de manière importante et cumulative les rangs des patients psychiatriques.

Il ne s'agit pas ici de personnes uniquement en détresse psychologique face aux adversités de l'existence ou en mal d'adaptation

face aux grandes mutations contextuelles du Québec en cette fin de siècle. Il s'agit de personnes qui souffrent du fait de leur maladie et de ses répercussions et dont certaines ont perdu ou sont en perte d'autonomie, tandis que d'autres mettent en danger leur propre sécurité ou la sécurité de la communauté.

Ce « noyau dur » des maladies mentales absorbe malheureusement le gros des ressources affectées à la santé mentale au Québec, comme d'ailleurs dans le reste du Canada et dans tous les pays occidentaux. Dans toute élaboration d'une politique de santé mentale, il faut tenir compte de ce que la nécessité de développer les actions au niveau de l'« aura plus large » ne peut justifier qu'on dévie de leurs fins les ressources nécessaires au traitement des maladies mentales graves. Il n'est en effet pas certain qu'une action au niveau de l'« aura plus large » de la santé mentale puisse avoir un effet préventif sur l'incidence et la prévalence des maladies mentales, du moins dans le cas des pathologies graves. L'Avis du Comité de la santé mentale du Québec sur l'efficacité des interventions en santé mentale nous rappelle la pauvreté des recherches et le caractère non décisif des données dans ce domaine. On peut par ailleurs penser que les données contenues dans cet Avis peuvent également permettre d'enrichir les interventions auprès des cas psychiatriques lourds.

Il ne faudrait pas que l'élaboration d'une politique sophistiquée de santé mentale à moyen et long termes devienne un alibi pour le M.A.S. de ne pas faire face à ses responsabilités immédiates de suppléer aux carences actuelles du système.

De manière générale et à la lumière du contenu de cet Avis, les actions à entreprendre dans le cadre d'une politique de santé mentale doivent se situer à différents échelons et dans plusieurs domaines :

— à un échelon *de la société*, à travers des actions visant le champ des valeurs (rapports entre les sexes, valeurs travail, loisirs, rapport à l'histoire...), les modes d'organisation du travail ou l'aménagement de l'espace urbain par exemple ; elles peuvent impliquer la sensibilisation et la mobilisation d'instances gouvernementales diverses touchant le monde du travail, le droit, la sphère de l'éducation... ;

— l'échelon d'*interventions professionnelles* où il s'agit d'éviter un double danger : celui d'un hyperprofessionnalisme, tentation lorsque l'on commence à ouvrir le champ ; celui d'un hypoprofessionnalisme, en raison d'une vision trop générale et pas assez

nuancée de l'apport des non-professionnels ou des communautés dans différents domaines ou à cause d'une démission des instances responsables; les données relevées dans la littérature fournissent des pistes importantes permettant de repérer les groupes particulièrement vulnérables ou fragiles et nous avons souligné plus haut quelles sont les orientations d'action qui nous paraissent à privilégier dans une optique de santé mentale;

— l'échelon *d'interventions non professionnelles* qui ont plus de chances de s'articuler directement sur les problèmes concrets vécus dans un milieu et d'agir à partir des valeurs et stratégies qui y sont privilégiées.

Pour que les actions entreprises à ces divers niveaux et dans ces différents champs puissent atteindre leur but et, éventuellement, déboucher sur une politique en santé mentale, il est essentiel de penser les actions dans une optique de complémentarité et de pluralisme.

À plus long terme, et dans l'optique de l'élaboration d'une politique, il est sans doute plus important d'envisager la mise en place d'un *mécanisme de production et de révision continues* d'une politique que de tenter de rédiger une politique dont les contenus seraient définis au départ. Ceci implique la *création d'un groupe de coordination interministériel* et continu, permettant une collaboration réelle entre des personnes occupant des postes d'autorité dans des secteurs différents (affaires sociales, éducation, travail, économie, juridique). Ceci suppose également l'*implication de professionnels et de représentants des milieux* dans les processus de réflexion et de décision.

BIBLIOGRAPHIE

ASSELIN, L.M.,1980, *Valeurs et attitudes des Québécois en 1979*. Ministère des Affaires sociales, service des études sociales.

BASTIDE, R., 1965, *Sociologie des maladies mentales*. Nouvelle bibliothèque scientifique dirigée par Fernand Braudel, Paris, Flammarion.

BATESON, G., 1956, *Steps to an Ecology of Mind*. New York, Ballantine Books.

BEAVERS, W.R. and VOELLER, M.N., l983, Family Models: Comparing and Contrasting the Olson Circumplex Model with the Beavers Systems Model. *Family Process*, *22*, 85-98.

BEELS, C.C., 1981, Social Support and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *7* (1), 58-72.

BENEDICT, R., 1938, Continuities and Discontinuities in Cultural Conditionning. *Psychiatry*, 1, 161-167.

BERKMAN, L.F. and SYME, S.L., 1979, Social Networks, Host Resistance and Mortality: A Nine Year Follow-up Study of Alameda County Residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.

BIBEAU, G., 1976, *Les Bérets blancs: Essai d'interprétation d'un groupe déviant québécois*. Montréal, Éd. Parti-Pris.

BIEGEL, D.E. and NAPARSTECK, A.S., Eds, *Community Support Systems and Mental Health: Practice, Policy and Research*. New York, Springer Publishing Company.

BLANCHET, L., DAUPHINAIS, R., DESMARAIS, D., KASMA, J., LAVIGUEUR, H., MAYER, R., ROY, L., 1982, *Réseau primaire et santé mentale: une expérience de recherche-action*. Unité de recherche psychosociale, Centre de psychiatrie communautaire, Hôpital Douglas, avril, Miméo.

BOUCHARD, C., 1983, L'intervention psychosociale et la violence envers les enfants: une réflexion critique sur la pratique québécoise. *Enfant et Famille*, *Santé mentale au Québec*, vol. VIII, no 2, pp. 140-145.

BOUDREAU, F., 1981, La psychiatrie québécoise depuis 1960: de structure en structure, la loi du plus fort est-elle toujours la meilleure? *Santé mentale du Québec*, 6,2, 27-48.

BOUDREAU, F., 1984, *De l'asile à la santé mentale*. Montréal, Éditions coopératives Albert Saint-Martin.

BRENNER, M.H., 1976, *Estimating the Social Costs of National Economic Policy: Implications for Mental and Physical Health and Criminal Agression*. Washington, Joint Economic Comittee Congress of the United States, Paper no 5.

BRONFENBRENNER, U. and CROUTER, A., 1982, Work and Family through Time and Space, in S.B. Kaverman et C.P. Hayer, eds, Family that Work: *Children in a Changing Environmental Work, Family and Community*, National Academy of Sciences, New York.

BROWN, G.W., BIRLEY, J.T.L. and WING, J.K., 1972, Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders: A Replication, *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.

BROWN, G.W. and HARRIS, T., 1978, *Social Origins of Depression*. London, Tavistock.

BROWN, G.W. and RUTTER, M., 1966, The Measurement of Family Activities and Relationships: A Methodological Study. *Human Relations: Studies Toward the Integration of the Social Sciences, 19* (3), 241-263.

CAPLAN, G., (Ed) 1974, Support Systems. In G. Caplan (Ed), *Support Systems and Community Mental Health*. New York, Basic Books.

CASSELL, J., 1974, Psychosocial Processes and « Stress »: Theoretical formulations. *International Journal of Health Services*, 4, 471-482.

CASTEL, F., CASTEL, R., LOVELL, A., 1979, *La société psychiatrique avancée. Le modèle américain*. Paris, Bernard Grasset.

CHAMBERLAND, C., 1980, L'étudiant conformiste et l'enseignement du français au cégep: une étude de rôles. *Recherches sociographiques*, vol. 21, no 3, p. 283-316.

CLARK, M.M., 1967, The Anthropology of Aging. A New Area for Studies of Culture and Personality. *The Gerontologist*, 7, 1, 57-64.

CLOUTIER, 1983, Modèles éducatifs et santé mentale de l'enfant. In Joshi, P. et de GRACE, G.R.(Ed) *Conceptions contemporaines de la santé mentale*. Montréal, Décarie, pp. 307-316.

COHEN, C. and SOKOLOVSKI, J., 1978, Social Networks and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 346-360.

COLLINS, A.H., 1973, Natural Delivery Systems: Accessible Sources of Power for Mental Health. *American Journal of Orthopsychiatry*, 43, 46-52.

COLLOMB, H., 1965, Bouffées délirantes en psychiatrie africaine. *Psychopathologie Africaine*, 1, 167.

COMMISSION PRÉSIDENTIELLE DES ÉTATS-UNIS, 1978, *Report to the President* (Vol.1). Washington D.C., US Governement Printing Office.

CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE, 1979, *Pour une politique québécoise du vieillissement et des personnes âgées*. Québec, Études & avis, Conseil des affaires sociales et de la famille, ministère des Affaires sociales, 31 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, 1981, *Essai sur la santé des femmes*. Québec.

COOPER, J. and SARTORIUS, N., 1977, Cultural and Temporal Variations in Schizophrenia: A Speculation on the Importance of Industrialization. *British Journal of Psychiatry*, 130, 50-55.

CORIN, E., 1981, Les stratégies sociales d'existence des personnes âgées: une utilisation dynamique de l'analyse des réseaux sociaux. *Santé mentale au Canada*, 30, 3, 8-14.

CORIN, E., 1984, Manières de vivre, manières de dire. Réseau social et sociabilité quotidienne des personnes âgées au Québec. *La Culture et l'Âge, Questions de culture 6*, Institut québécois de recherche sur la culture, Québec, pp. 157-184.

CORIN, E. et LAUZON, G., 1984, Chronicité psychiatrique et désinstitutionnalisation: une approche sociale en psychiatrie. *Santé mentale au Québec*, 9, 2, 168-171.

CORIN, E., TREMBLAY, J., SHERIF, T. et BERGERON, L., 1984, Entre les services professionnels et les réseaux sociaux: les stratégies d'existence des personnes âgées. *Sociologie et Sociétés*, 16, 2, 89-104.

CORIN, E. and BIBEAU, G., 1980, Psychiatric Perspectives in Africa. Part II: The Traditional Viewpoint. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 17.

CORNILLOT, P., 1977, Quatre vérités sur la santé. *Autrement no 9 Francs-tireurs de la médecine*, 224-236.

CORPORATION PROFESSIONNELLE DES PSYCHOLOQUES DU QUÉBEC, 1984, *La notion de santé mentale, avis et commentaires*. Document inédit présenté au Comité de la santé mentale du Québec.

CUMMING, E. and HENRY, W., 1961, *Growing Old: The Process of Disengagement*. New York, Basic Books.

D'ARCY, C. and FRITZ, W., 1979, A Mental Health System in Transition. Profiles of change. *Canadian Journal of Psychiatry*, 24, 121-131.

DABROWSKI, K., 1972, *La croissance mentale par la désintégration positive*, Québec, Éd. St-Yves.

DEMERS, M., 1982, *Les jeunes et le chômage: conséquences psychologiques et sociales*. Recherche subventionnée par le Conseil québécois de la recherche sociale. Département de médecine sociale et préventive, faculté de Médecine, Université Laval.

DEVEREUX, G., 1970, *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Bibliothèque des Sciences humaines, Paris, Gallimard.

DILLARD, S., 1982, *L'espérance de vie en bonne santé au Québec*. Québec, Conseil des affaires sociales et de la famille.

DIMATTEO, M.R. and HAYS, R., 1981, Social Support and Serious Illness. In B.H. Gottlieb (Ed), *Social Networks and Social Support*. London, Sage Publications, 117-143.

DINGLE, J.H., BADGER, G.F. & JORDAN, W.S., 1964, *Illness in the Home : A Study of 25 000 Illnesses in a Group of Cleveland Families*. Cleveland, Western Reserve University.

DOHRENWEND, B.S. and DOHRENWEND B.P., 1978, Some Issues in Research on Stressful Life Events. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 166, 7-15.

DOHRENWEND, B.P. and DOHRENWEND B.S., 1981, Socioenvironnemental Factors, Stress, and Psychopathology. *American Journal of Community Psychology*, 2, 129-164.

DUBUC, J.G., 1981, *Nos valeurs en ébullition*. Montréal, Léméac.

DUHL, L.J., 1963, The Changing Face of Mental Health. In L.J. Duhl (Ed), *The Urban Condition: People and Policy in the Metropolis*. New York, Basic Books.

DUMONT, F., 1981, Pour situer les cultures parallèles. *Les cultures parallèles, Questions de culture 3*, Institut québécois de recherche sur la culture, Québec, pp. 15-34.

ERIKSON, H., 1972, Adolescence et crise. Paris, Flammarion.

ERIKSON, H., 1963, *Childhood and Society*. New York, Norton.

ERIKSON, E.H., 1959, *Enfance et société*. Neufchâtel, Delachaux & Niestlé S.A.

EY, H., 1948, *Études psychiatriques, historique — méthodologie psychopathologie générale*. Desclée, de Bronwer & Cie, Paris.

EY, H., 1978, *Manuel de psychiatrie*. 5e éd., Paris, Masson.

FARIS, R.E.L. and DUNHAM, H.W., 1939, *Mental Disorders in Urban Areas*. Chigago, Univ. of Chicago Press.

FISCHER, C.S., JACKSON, R.M., STUEVE, C.A., GERSON, K. & JONES, L.M. (with BALDASSARE, M.), 1977, *Networks and Places: Social Relations in Urban Setting*. New York, Free Press.

FORTIN, D., 1983, *Impact du chômage sur le bien-être psychologique et la santé mentale*. École de psychologie, Université Laval.

FORTIN, G., 1980, Les transformations du pouvoir (1966-1980). *La transformation du pouvoir au Québec*, ACSALF : Colloque 1979, Québec, Éditions coopératives Albert Saint-Martin.

FREEMAN, H.E. and SIMMONS, O.G., 1963, *The Mental Patient Comes Home*. New York, John Wiley and Sons.

FREIDSON, E., 1970, *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York, Dodd, Mead.

FROMM, E., 1971, *Société aliénée et société saine. Du capitalisme au socialisme humaniste. Psychanalyse de la société contemporaine*. Paris, Le Courrier du Livre.

GARBARINO, J. and SHERMAN, D., 1980, High-Risk Neighborhoods and High-Risks Families: The Human Ecology of Child Maltreatment. *Child Development*, 51, 188-198.

GILLIGAN, C., 1977, In a Different Voice: Women's Conception of Self and Morality. *Harvard Educational Review*, 47, (No.4), 481-517.

GINSBURG, H., OPPER, S., 1969, *Piaget's Theory of Intellectual Development: an Introduction. Engel wood Cliffs*. Prentice Hall.

GOLDSTEIN, M. and RODNICK, E., 1975, The Family's Contribution to the Etiology of Schizophrenia. Current Status. *Schizophrenia Bulletin*, 1, 4, 48-63.

GOTTLIEB, B.H., (ed) 1981, *Social Networks and Social Support*. Sage Studies in Community Mental Health, vol. 4, London, Sage Publications.

GOURASH, N., 1978, Help-Seeking. A Review of the Literature. *American Journal of Sociology*, 78, 6, 1 360-1 380.

GRAND' MAISON, J., 1977, Il faut tuer Taylor. *Critère*, no 16, p. 69.

GRANOVETTER, M., 1974, The Strength of Weak Ties. *American Journal of Sociology*, 78, 6, 1 360-1 380.

GRANOVETTER, 1982, The Strength of Weak Ties: A Network Theory Revisited. In: P.V. Mardsen et N. Lin (eds), *Social Structure and Network Analysis*. Beverly Hills, Sage Publications, 105-130.

GRIVOIS, H., 1984, Propos décousus sur la psychiatrie au Québec. *Union médicale du Canada*, tome 113, pp. 359-362.

GUILLEMARD, A.M., 1977, La préparation à la retraite: surmonter une crise ou normer les conduites: *Gérontologie*, 77, 26, 23-30.

GUILLEMARD, A.M., 1973, *La retraite: une mort sociale*. Paris, Mouton.

HAMMER, M., 1963-1964, Influence of Small Social Networks as Factors on Mental Hospital Admission. *Human Organization*, 22, 243-251.

HAMMER, M., MAKIESKY-BARROW, S. & GUTWIRTH, L., 1978, Social Networks and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 4, 522-545.

HINKLE, L.E. Jr and WOLFF, H.G., 1958, Ecologic Investigations of the Relations Between Illness, Life Experiences and the Social Environnement. *Annals of Internal Médicine*, 49, 1 373-1 388.

HIRSCH, B., 1979, Psychological Dimensions of Social Networks: A multimethod analysis. *American Journal of Community Psychology*, 7, 263-277.

HORWITZ, A., 1977, Social Networks and Pathways to Psychiatric Treatment. *Social Forces*, 56 (1), 87-105.

HORWITZ, A., 1978, Family, Kin, and Friends Networks in Psychiatric Help-Seeking. *Social Science & Medicine*, 12, 297-304.

JAHODA, M., 1958, *Current Concepts of Positive Mental Health*. New York, Basic Books.

JILEK, W.G., 1968, The Residual Dimension. A study of Residual Syndromes in Veterans with Chronic Psychiatric Illness. I. *Psychiatria Clinica*, *1*, 175-218.

JOSHI, P., de GRACE. G.R., 1983, *Conceptions contemporaines de la santé mentale*. Montréal, Décarie.

KAPLAN, H. and SADOCK, B.J., 1985, *Comprehensive Textbook of Psychiatry. Fourth Edition*, Williams et Wilkins, Baltimore, U.S.A.

KEITH, J., 1980, The Best is Yet To Be: Toward an Anthropology of Age. *Annual Review of Anthropology*, *9*, 339-364.

KELLY, J.G., 1966, The Mental Health Agent in the Urban Community. *American Psychologist*, 21, 535-539.

KESSLER, R.C., BROWN. R.L. et BROMAN, C.L., 1981, Sex Differences in Psychiatric Help-Seeking: Evidence from Four Large Scale Surveys. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 49-94.

KOHLBERG, L., 1976, *Moral Stages and Moralization: the Cognitive Developmental Approach*, in T. Leckona (Ed): Moral Development and Behavior, pp. 31-53. New York Holt Rinehart, Winston.

KOVESS, V., 1981, *Les indicateurs de santé mentale*. Unité de recherche psychosociale. Centre hospitalier Douglas, 128 p. + annexes. TEXTE MINEO.

KUHN, D., LANGER, J., KOHLBERG, L., HAAN, N.S., 1977, The Development of Formal Operation in Logical and Moral Judgement. *Genetic Psychology Monographs*, 95, 97-188.

LAING, R.D. et ESTERSON, A., 1971, *L'équilibre mental, la folie et la famille*. Paris, François Maspero.

LALONDE, P. et GRUNBERG, F., 1980, *Psychiatrie clinique: approche contemporaine*. Gaétan Morin Éditeur, Chicoutimi.

LANGLOIS, R., 1981, Coupe-circuit. Une alternative à la psychiatrie. Vers une nouvelle pratique, où va la psychiatrie? *Santé mentale au Québec*, vol. VI, no 2, pp. 119-125.

LANGLOIS, S., 1982, L'univers des aspirations des familles québécoises: 1959-1977. *Recherches sociographiques*, vol. 23, no 3, pp. 227-252.

LAPIERRE-ADAMCYK, E., et PÉRON, Y., 1983, Familles et enfants au Québec La toile de fond démographique. *Enfant et Famille, Santé mentale au Québec*, vol. VIII, no 2, pp. 27-42.

LAROCHELLE, M., 1983, *Population défavorisée et santé mentale*. Travail présenté au secrétariat du Comité de la santé mentale du Québec.

LASCH, C., 1981a, *Le complexe de Narcisse. La nouvelle sensibilité américaine*. Paris, Robert Laffont.

LASCH, C., 1981b, Culture vs Democracy. Mass Culture Reconsidered. *Democracy*, 1, 4, 7-22.

LEIGHTON, A.H., 1982, *Caring for the Mentally Ill people*. Cambridge, Cambridge University Press.

LEIGHTON, D.C., HARDING, J.S., MACKLIN, D.B., MACMILLAN, A.M. and LEIGHTON, A.H., 1963, *The Character of Danger*. The Stirling County Study III. New York, Basic Books.

LEUTZ, W., 1976, The Informal Community Caregiver: A Link Between the Health Care System and Local Residents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 46, 678-688.

LIEM, J.H., 1980, Family Studies of Schizophrenia: An Update and Commentary. *Schizophrenia Bulletin*, 6 (3), 429-455.

LIPTON, F.R., COHEN, C.I., FISCHER, E. & KATZ, S.E., 1981, Schizophrenia: A Network Crisis. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 1, 144-151.

LITWAK, E., 1965, Extended Kin Relations in an Industrial Democratic Society. In E. Shanas & G.F. Streib, eds, *Social Structure and the Family: Generational Relations*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall.

LOWENTHAL, M.F. and HAVEN, C., 1968, Interaction and Adaptation: Intimacy on a Critical Variable. *American Sociological Review*, 33, 20-30.

MANNONI, M., 1970, *Le psychiatre, son « fou » et la psychanalyse*. Le champ freudien, coll. dirigée par J. Lacan, Paris, Éditions du Seuil.

MARSAN, J.-C., 1983, *Montréal, une esquisse du Futur: essai*. Québec, Institut québécois de recherche sur la culture.

McKNIGHT, J., 1977, Professionalized Service and Disabling Help. In I. Zola, ed, *Disabling Profession*, London, Redwood Burn Ltd, 69-71.

MEAD, M., 1956, *New lives for old*. New York, Morrow.

MECHANIC, D., 1968, *Medical Sociology: A Selective View*. New York, Free Press.

MECHANIC, D., 1972, Social Psychological Factors Affecting the Presentation of Bodily Complaints. *New England Journal of Medicine*, 286 (may 25), 1 132-1 139.

MECHANIC, D., 1978, *Medical Sociology. Second Edition. A comprehensive Text*. New York, London, Free Press.

MILLER, J.B., 1982, Psychological Recovery in Low-in Come Single Parents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52 (2), 346-352.

MITCHELL, R.E., 1980, *Problem-Solving, Family Climate and the Social Networks of Psychiatric Clients*. Paper presented at the 88 th Annual Meeting of the American Psychological Association, Montréal.

MONTMINY, J.P. et ZYLBERBERG, J., 1981, Existences excentriques. Les croyances alternatives au Québec. *Les cultures parallèles, Questions de culturo 3*, Institut québécois de recherche sur la culture, pp. 98-121.

MOOS, R.H. and MOOS, B.S., 1976, A Typology of Family Social Environnements. *Family Process, 15* (4), 357-371.

MORIN, L. et NAUD, A., 1978, *L'esquive, l'école et les valeurs*. Conseil supérieur de l'éducation, Service général des communications du ministère de l'Éducation, Québec.

MUELLER, D.P., 1981, The Current Status of Urban-Rural Differences in Psychiatric Disorder. An Emerging Trend for Depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 169, no 1.

MURPHY, H.B.M., 1965, *Community Management of Rural Mental Health Patients*, Final Report, vol. 1, Typescript. 107 p.

MURPHY, H.B.M. et LEMIEUX, M., 1967, Quelques considérations sur le taux élevé de schizophrénie dans un type de communauté canadienne francaise. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 12, numéro spécial, 572-581.

MURPHY, H.B.M., 1978, European Cultural Offshoots in the New World: Differences in their Mental Hospitalization Patterns. Part I: British, French and Italien Influences. *Social Psychiatry*, 13, 1, 1-9.

MURPHY, H.B.M., 1980, European Cultural Offshoots in the New World: Differences in their Mental Hospitalization Patterns. Part II: German, Dutch, and Scandinavian Influences. *Archives Psychiat. Nervenkr*, 228, 161-174.

MURPHY, H.B.M., 1977, Migration, Culture and Mental Health. *Psychological Medicine*, 7, 677-684.

MURPHY, H.B.M., 1982, *Comparative Psychiatry. The International and Intercultural Distribution of Mental Illness*. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York.

NAUD, J., 1983, *Éléments culturels et santé mentale des Québécois*. Travail présenté au secrétariat du Comité de la santé mentale du Québec.

NEFF, J.A., 1983, Urbanicity and Depression Reconsidered. The Evidence Regarding Depressive Symptomatology. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 171, no 9.

NEGRETE, J.C., 1985, Les effets psychopathologiques de l'usage du cannabis. *Psychotropes*, 2, 1, 83-95.

NEUFELDT, A., DOHERTY, G. and FINKLESTEIN, J., 1983, Myths and Realities: A Comparative Examination of the Impact of "Boom" and "Bust" Conditions on the Quality of Community Life. *Canadian Journal of Mental Health*, suppl. spécial, no 1, 81-91.

OLSON, D.H., RUSSELL, C.S. and SPRENKLE, D.H., 1983, Circumplex Model of Marital and Family Systems: VI, Theoretical Update. *Family Process*, 22, 69-83.

PATTISON, E.M., DEFRANCISCO, D., WOOD, P., FRAZIER, H. & CROWDER, J., 1975, A Psychosocial Kinship Model for Family Therapy. *American Journal of Psychiatry*, *132*, 1 246-1 251.

PATTISON, E.M. & PATTISON, M.L., 1981, Analysis of a Schizophrenic Psychosocial Network. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 1, 135-143.

POPPER, K.R. and ECCLES, J.C., 1977, *The Self and Its Brain an Argument for Interaction*, Springer International.

POSTEL, J. et QUETEL, C., 1983, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Privat, Toulouse.

RENAUD, M., 1977, Reforme ou illusion? Une analyse des interventions de l'État québécois dans le domaine de la santé. *La gestion de la santé*, *Sociologie et Sociétés*, vol. 9, no 1, Les Presses de l'Université de Montréal.

REST, J., 1976, *The Research Base of the Cognitive Developmental Approach to Moral Education*. In T.C. Henessy (Ed): Values and Moral Development, New York, Paulist Press.

SAVARD, M., LACROIX, B., 1981, Nos valeurs n'ont-elles pas toujours raison? *Éducation Québec*, vol. 11, no 6, pp. 6-8.

SCHEPER — HUGHES, N., 1979, *Saints, Scholars and Schizophenics*, *Mental Illness in Rural Ireland*. University of California Press.

SEGAL, S.P. and AVIRAM, V., 1978, *The Mentally Ill in Community Based Sheltered Care: A study of Community Care and Social Integration*. New York, John Wiley and Sons.

SELMAN, K.L., 1976, *Social Cognitive Understanding: A Guide to Educational and Clinical Practice*. In T. Leckona (Ed): Moral Development and Behavior, New York, Holt Rinehart, Winston.

SHEEHY, G., 1977, *Passages: les crises prévisibles de l'âge adulte*. Montréal, Presses Select ltée, 315 p.

SEVIGNY, 1983, *L'intervention en santé mentale, premiers éléments pour une analyse sociologique*. Les cahiers du CIDAR, Université de Montréal.

SOKOLOVSKI, J. & COHEN, C.J., 1978, The Cultural Meaning of Personal Networks for the Inner City Elderly. *Urban Anthropology*, 7, 4, 303-342.

TOLSDORF, C.C., 1976, Social Networks, Support and Coping: An Exploratory Study. *Family Process*, *15*, 4, 407-418.

TOURAINE, A. (dir.), 1982, *Mouvements sociaux d'aujourd'hui: acteurs et analystes*. Paris, Éditions Ouvrières.

TREMBLAY, M.-A., 1983, *L'identité québécoise en péril*. Ottawa, Éd. Saint-Yves Inc.

TREMBLAY, M-A. et FORTIN, G., 1963, Enquête sur les conditions de vie de la famille canadienne française: l'univers des besoins. *Recherches sociographiques*, vol. IV, no 1, pp. 9-46.

VAILLANT, G.E., 1977, *Adaptation to Life: How the Best and the Brightest Came of Age*, Boston, Little, Brown and Company.

VALLA, J.-P., 1983, Élaboration d'une hypothèse épidémiologique à partir des problèmes rencontrés dans des familles québécoises lors de consultations pédopsychiatriques. *Enfant et Famille, Santé mentale au Québec*, vol. VIII, no 2, pp. 110-116.

VANDENBURG, R.M., 1981, When Legend Fall Silent Our Ways are Lost: Some Dimensions of the Study of Aging Among Native Canadian. *Culture*, 2, 1, 21-28.

VAUGHN, C. and LEFF, J., 1981, Patterns of Emotional Response in Relatives of Schizophrenic Patients. *Schizophrenia Bulletin*, 7 (1), 43-44.

WALKER, K.N., MACBRIDE, A. & VACHON, M.L.S., 1977, Social Support Networks and the Crises of Bereavement. *Social Science and Medicine*, *11*, 1, 35-41.

WALLOT, H., 1980, A View on the Socio-political History of Psychiatric Care in French-Canada with Particular Reference to Quebec Asylums. *Social Service and Medicine*, 14 (A), 485-494.

WARREN, D.I., 1981, *Helping Networks*. University of Notre Dame Press, Indiana.

WELLMAN, B. and al., 1973, Community Ties and Support System: From Intimacy to Support. In L. Bourne, R. Mac Kinnon & J. Simmons, eds, *The Form of Cities in Central Canada*, Toronto, University of Toronto Press.

WELLMAN, B., 1981, *Applying Network Analysis to the Study of Support*. Resource Paper no 3. Centre for Urban and Community Services. Toronto, University of Toronto.

WILCOX, B.L., 1981, Social Support in Adjusting to Marital Disruption. A Network Analysis. In B.H. Gottleib (Ed), *Social Networks and Social Support*. London, Sage Publications, 97-113.

WILD, C.M., SHAPIRO, L.N. and ABELIN, T., 1977, Communications Patterns and Role Structure in Families of Male Schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, 34, 58-70.

WING, J.K., 1978, Who Becomes Chronic? *Psychiatric Quaterly*, *50* (3), 178-190.

WOLIN, S.J., BENNETT, L.A., NOONAN, D.L., TEITELBAUM, M.A., 1980, Disrupted Family Ritual; A Factor in the Intergenerational Transmission of Alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 41(3), 199-214, Mar.

WOLIN, S.J., 1983, Assessing Family Rituals. Communication présentée lors du *VII^e congrès mondial de Psychiatrie* à Vienne, juillet.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1979, *Schizophenia: An International Follow-up Study*. New York, Wiley.

WRIGHT MILLS, C., 1967, *L'imagination sociologique*. Paris, Maspero.

WYNNE, L.C., CROMWELL, R.C. and MATTHYSSE, S. (eds), 1978, *The Nature of Schizophrenia: New Approaches to Research and Treatment*. New York, John Wiley & Sons, 1978.

WYNNE, L.C. and SINGER, M.T., 1963, Throught Disorders and Family Relations of Schizophrenics. I: A Research Strategy. *Archives of General Psychiatry*, 9, 191-198.

ZOLA, I., 1963, Problem of Communication, Diagnosis and Patient Care. *Journal of Medical Education*, 38, 829-838.

ZBOROWSKI, M., 1952, Cultural Components in Responses to Pain. *Journal of Social Issues*, 8, 4, 16-30.

LISTE DES REMERCIEMENTS

Les responsables de la préparation de cet Avis remercient toutes celles et tous ceux qui les ont appuyés dans leur travail. Ils adressent notamment leurs remerciements :

— au *Dr Henry Kravitz*, psychiatre à l'Hôpital général juif, *qui participa pendant quelques mois aux activités de leur Groupe de travail* ;

— à *Madame France Fréchette Duchesne*, Inf. M.N., *qui réalisa pour leur Groupe de travail une étude exploratoire* portant sur la perception de la santé mentale chez des représentants d'organismes sociaux québécois ;

- à *Monsieur Michel Jurdant*, membre de l'exécutif des Amis de la terre de Québec (A.T.Q.),
- à *Madame Noëlla MacNicol*, de l'Union des pacifistes du Québec (U.P.Q.),
- à *Madame Denise Bélanger-Rochon*, présidente de la Fédération des femmes du Québec (F.F.Q.),
- à *Madame Lise Houle*, relationniste à l'Association féminine d'éducation et d'action sociale (A.F.E.A.S.),
- à *Monsieur Jean-Claude Simard*, Directeur à la recherche et au développement au Conseil de la coopération du Québec (C.C.Q.),
- à *Mesdames Johanne Levac et Anne Hébert* de la Ligue des droits et libertés (L.D.L.),
- à *Madame Denise Laporte-Dubuc*, secrétaire générale de la Confédération des organismes familiaux du Québec (C.O.F.A.Q.),
- à *Madame Rose-Ange Proteau* et à *Monsieur Richard St-Pierre* de la Confédération des syndicats nationaux (C.S.N.),
- à *Messieurs Robert Bouchard et Jean Sylvestre* de la Fédération des travailleurs du Québec (F.T.Q.),
- à *Madame Micheline Jourdain*, de la Centrale de l'enseignement du Québec (C.E.Q.),
- à *Monsieur Marcel Tardif*, directeur des Affaires publiques à la Chambre de commerce de la province de Québec (C.C.P.Q.),

- à *Madame Cécile St-Jean*, membre de l'exécutif de l'Association québécoise pour la défense des droits des retraités et préretraités (A.Q.D.R.),
- à *Monsieur Yvanhoë Lemay*, agent d'information à la Fédération de l'âge d'or du Québec,
- à *Monsieur Jean-Marie Vézina*, membre du Comité exécutif de l'Association nationale des étudiants du Québec (A.N.E.Q.),
- à *Madame Linda Bossé*, agente d'information à IMAJ 85 (Initiative d'un mouvement d'animation-jeunesse pour l'année internationale de la jeunesse en 85),
- à *Madame Ginette Thibault et à Monsieur Jules Patenaude* du Mouvement action-chômage,
- à *Monsieur Michel Lansard*, délégué national de l'organisme Aide à toute détresse-quart-monde (A.T.D. quart-monde),
- à *Soeur Denise Lainé*, s.d.c., à *Madame Ines Monréal* et à *Madame Sab Ilid* du Centre social d'aide aux immigrants (C.S.A.I.)

qui participèrent à l'étude que réalisa Madame France Fréchette-Duchesne pour leur Groupe de travail;

- à la *Corporation des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec*,
- à la *Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec*,
- à la *Corporation professionnelle des psychologues du Québec*,
- à *Madame Christiane Côté*, à *MM. Laval Laberge*, *Bernard Ouellet*, *Germain Ouellet* et *Réjean Simard*, *psychologues au Centre psychiatrique de Roberval*,
- à *Monsieur Lewis FitzPatrick*, directeur général du Sanatorium Ross de Gaspé,
- au *Dr Jean-Marie Leduc*, psychiatre au Centre hospitalier de Granby,
- aux *infirmières, infirmiers, infirmières et infirmiers auxiliaires du Département d'admission du Centre psychiatrique de Roberval*,
- au *Dr Jean-Yves Frappier, m.d., M.Sc.*, responsable de la section médecine de l'adolescence à l'Hôpital Ste-Justine,
- à *Madame Louise Larue*, coordonnatrice du Projet-Nord au Centre hospitalier de l'Université Laval,

- au *Dr Charles Dumont*, du Module du Nord québécois, au Département de santé communautaire de l'Hôpital Général de Montréal,
- au *Regroupement des responsables et conseillers et conseillères en santé mentale des D.S.C. des régions 06A, 06B et 07*,
- à *Madame Jennifer O'Loughlin*, attachée de recherche au Département de santé communautaire de l'Hôpital Général de Montréal,
- à *des intervenants psychosociaux du C.L.S.C. Châteauguay* et à *Madame Claudine Larin*, responsable de la ressource alternative « La maison sous les arbres » de Châteauguay,
- à *des intervenants du C.L.S.C. des Grands-Bois (de Chapais)* et à *des parents de l'Association de Parents d'enfants de 0 à 5 ans de Chapais et de Chibougamau*,
- à *des intervenants du C.L.S.C. de la Seigneurie de Beauharnois*,
- au *Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue*,
- à *Madame Diane Martel*, responsable du dossier de santé mentale au Département de santé communautaire du C.H.U.L. et au *Groupe de travail en santé mentale de la Région 03*,
- à *Madame Marie Leclerc*, du Service de condition féminine au ministère des Affaires sociales,
- à *Mesdames Louise Pépin et Sylvaine Tremblay*, psychologues et analystes au Gifric,
- à l'Association « *Psychohésion* » de Valleyfield,
- au *Dr David Baskin*, Ph.D. du Collège de médecine Albert Einstein (New-York),
- au *Dr Hubert Wallot*, psychiatre au Centre hospitalier Robert Giffard,
- à *l'Office des personnes handicapées du Québec*,

qui répondit à la consultation publique conduite par leur Groupe de travail;

- à *Monsieur Christian Boutet*, étudiant gradué en psychologie, *qui réalisa la synthèse des textes reçus dans le cadre de cette consultation publique*;
- à *Madame Monique Ingels*, étudiante graduée en psychologie, *qui prépara un document sur la notion de santé mentale à l'intention de leur Groupe de travail*;

- à *Monsieur Julien Naud*, étudiant, et à *Madame Marthe Larochelle*, dont les travaux réalisés — à la demande du Secrétariat du C.S.M.Q. — sur les éléments culturels et la santé mentale des Québécois et sur la population défavorisée et la santé mentale furent utiles au groupe de travail ;
- à *Monsieur Pierre Vendette*, secrétaire du Comité de la santé mentale du Québec, *qui participa à toutes les réunions du Groupe de travail et qui contribua de maintes façons à la préparation et à la mise en forme du texte de cet Avis* ;
- au *Dr Marc Grenier*, qui participa à la révision de la forme du texte final de cet avis ;
- à *Madame Colombe Barbeau*, du Secrétariat du Comité de la santé mentale du Québec, à *Madame Diane Cossette* du Centre hospitalier Douglas, à *Madame Gervaise Duclos*, du Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke, ainsi qu'*à toutes les autres secrétaires qui participèrent à la préparation dactylographique de ce texte*.

Ils adressent aussi des remerciements particuliers à toutes *les revues du domaine des Affaires sociales*, à tous *les quotidiens*, à tous *les hebdomadaires*, à toutes *les stations radiophoniques ou de télévision qui les aidèrent gracieusement à favoriser la participation à leur consultation publique*.

Ils remercient enfin *la Direction de la santé communautaire et des politiques de santé*, le *Service aux communautés autochtones* de la Direction « Liaison avec les régions périphériques », le *Service de production* de la Direction des communications et le *Service du développement des systèmes* de la Direction des systèmes d'information du ministère des Affaires sociales *pour leur collaboration appréciée dans la réalisation de ce travail*.

Ellen Corin
Ph.D. (psychologie)
Centre hospitalier
Douglas

Frédéric Grunberg
Psychiatre
Centre hospitalier
Louis-H. Lafontaine

Guylaine Séguin-Tremblay
Ph.D. (psychologie)
Centre hospitalier
universitaire de
Sherbrooke

Lise Tessier
M.S.S., M. Phil.
Centre de services
sociaux du Montréal-
Métropolitain

Il est des expressions dont on ne précise le sens qu'avec circonspection, compte tenu des risques que comporte l'entreprise.

La notion de « santé mentale » fait partie de celles-ci.

Ce document — développé à l'enseigne de la prudence — met en relief le sens que des Québécois consultés accordent à la notion de « santé mentale » et des données que fournit la recherche biologique, psychologique et sociale pour l'approcher. Il présente de plus des recommandations pour la mise au point de la politique québécoise de santé mentale.

Gouvernement du Québec
Ministère des
Affaires sociales

Imprimé au Québec, Canada